

UNIVERSIDAD DE EXTREMADURA

Departamento de Psicología y Antropología



TESIS DOCTORAL

**ESTEREOTIPOS SOBRE LAS PERSONAS
MAYORES EN ESTUDIANTES DE ENSEÑANZA
SUPERIOR, EN EL DISTRITO DE BRAGANZA**

**(ESTEREÓTIPOS ACERCA DAS PESSOAS IDOSAS
EM ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR,
NO DISTRITO DE BRAGANÇA)**

Carlos Pires Magalhães

BADAJOS, 2008

UNIVERSIDAD DE EXTREMADURA

Departamento de Psicología y Antropología



ESTEREOTIPOS SOBRE LAS PERSONAS MAYORES EN ESTUDIANTES DE ENSEÑANZA SUPERIOR, EN EL DISTRITO DE BRAGANZA

Trabalho de investigação realizado no âmbito do Doutoramento em "*Gerontologia Social*" da Universidade de Extremadura pelo Doutorando Carlos Pires Magalhães, sob a orientação do Professor Doutor Florencio Vicente Castro e da Professora Doutora María Isabel Fajardo Caldera (Universidade de Extremadura), e da Professora Doutora Constança Paúl (Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto).

BADAJOS, 2008

AGRADECIMENTOS E DEDICAÇÃO

Gostaria de expressar o meu profundo agradecimento a todas as pessoas que, de alguma forma contribuíram para o resultado deste trabalho, entre as quais, e em especial:

- Ao Professor Doutor Florencio Vicente Castro e à Professora Doutora María Isabel Fajardo Caldera (Universidad de Extremadura), à Professora Doutora Constança Paúl (Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto), pelas observações atentas e oportunas, pela partilha dos seus vastos conhecimentos científicos.

- Ao Professor Doutor Feliciano Villar (Universidad de Barcelona) pelos imensos artigos que me disponibilizou, pela autorização que me concedeu para a utilização dos seus questionários, bem como pela constante prontidão com que me esclareceu acerca de alguns dos pormenores dos seus estudos de investigação.

- Ao Professor Doutor Erdman Palmore (Duke University) pelo material que me sugeriu que consultasse no âmbito da investigação, bem como pela autorização que me concedeu para a utilização dos seus questionários (Aging Quiz).

- Aos colegas da Escola Superior de Saúde de Bragança, pela partilha de saberes.

- Aos docentes do Instituto Politécnico de Bragança, que permitiram a aplicação dos questionários nos respectivos cursos que leccionam.

- Aos alunos que colaboraram no preenchimento dos questionários.

- À minha querida esposa, Teresa Paradinha, pelo seu estímulo constante e colaboração, sem a qual nunca seria possível a concretização deste trabalho.

Dedico este trabalho à minha pequena filha, Catarina Paradinha Magalhães, pelas imensas horas que deixei de lhe dar a devida atenção e afectos, e espero que este possa contribuir para o seu crescimento numa sociedade que cada vez mais, defenda e releve os imensos contributos das pessoas idosas, rejeite e elimine o idadismo.

ABREVIATURAS E SIGLAS

- a.C – Antes de Cristo
- ANOVA – Análise de Variância
- Env. biol. – Envelhecimento biológico
- EUA – Estados Unidos da América
- FAQ – Facts on Aging Quiz
- INE – Instituto Nacional de Estatística
- IPB – Instituto Politécnico de Bragança
- ISLA – Instituto Superior de Línguas e Administração
- KMO – Kaiser-Meyer-Olkin
- ONG'S – Organizações Não Governamentais
- N.º, n.º – Número
- TV – Televisão
- UTAD – Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro

RESUMO

O presente estudo procurou investigar a existência de estereótipos acerca das pessoas idosas em estudantes do ensino superior, no distrito de Bragança. Para a sua concepção recorreu-se a metodologias quantitativas. Nesse sentido construiu-se um instrumento de colheita de dados, com base na vasta bibliografia e nos estudos já realizados neste âmbito. A amostra submetida a tratamento estatístico foi de 376 indivíduos. O instrumento revelou uma boa consistência interna. A análise descritiva e exploratória dos estereótipos evidencia, para o contexto espaciotemporal estudado, que uma elevada percentagem da amostra concorda com a totalidade dos estereótipos de orientação positiva e discorda da maioria dos estereótipos de orientação negativa. Estes resultados vão ao encontro dos objectivos preconizados pelo Plano de Acção Internacional apresentado em 2002 na II Assembleia Mundial para o Envelhecimento, e estão em consonância com o estudo de Rodriguez e Postigo (2004) e com Royo et al. (2006), que salientam a tendência actual para uma imagem mais positiva acerca da velhice. Apesar do predomínio da discordância, alguns dos estereótipos persistem, estes incluem-se na estereotipia de dependência e na estereotipia da decadência da imagem física. Com base no posicionamento das respostas da amostra aos 40 estereótipos, destacam-se 3 grupos de sujeitos correspondentes a distintos perfis de resposta. Das várias hipóteses traçadas em função das distintas variáveis independentes para a escala de estereótipos, constatou-se que «o sexo», «a idade», e «o residir ou não com idosos no local de proveniência», foram as que mais diferenças estatisticamente significativas apresentaram. Quanto aos coeficientes de envelhecimento percebido pela amostra para os distintos atributos, é visível a percepção de um declive descendente ao longo das décadas (50-90) para a maioria dos atributos das distintas dimensões (biopsicossociais), que seguem unicamente a perspectiva de unidireccionalidade própria do envelhecimento biológico. O cálculo das médias de envelhecimento percebido em função das variáveis independentes revelou pequeníssimas diferenças. Quanto à última hipótese, um coeficiente de envelhecimento percebido mais negativo nos atributos «dependência», «felicidade» e «solidão», para o grupo 50/70, e nos atributos «solidão», «saúde física» e «felicidade», para o grupo 70/90, corresponderá a pontuações mais elevadas na 2.^a dimensão obtida da análise factorial da escala de estereótipos (dimensão esta que mereceu maior concordância por parte da amostra, denominada dependência afectiva e atencional), mas a capacidade explicativa destes atributos é muito reduzida.

RESUMEN

El presente estudio ha pretendido investigar la existencia de estereotipos en relación a las personas mayores en estudiantes de la enseñanza superior, en el distrito de Braganza. Para su concepción hemos recurrido a metodologías cuantitativas. En ese sentido se ha creado un instrumento de recogida de datos, basado en la amplia bibliografía existente y en los estudios previamente realizados en este ámbito. La muestra sometida a tratamiento estadístico estaba compuesta por 376 individuos. El instrumento ha revelado una buena consistencia interna. El análisis descriptivo y explorador de los estereotipos evidencia, para el contexto espacio-temporal estudiado, que un alto porcentaje de la muestra está de acuerdo con la totalidad de los estereotipos de orientación positiva mientras que discrepa de la mayoría de los estereotipos de orientación negativa. Estos resultados coinciden con los objetivos abanderados por el Plan de Acción Internacional presentado en 2002 en la II Asamblea Mundial para el Envejecimiento, y están en consonancia con el estudio de Rodríguez y Postigo (2004) y con Royo et al. (2006) que nos resaltan la tendencia actual para una imagen más positiva acerca de la vejez. A pesar del predominio de la discrepancia, algunos de los estereotipos persisten, a saber, los que se incluyen en la estereotipia de dependencia y en la estereotipia de la decadencia de la imagen física. Basándonos en la postura tomada en las respuestas de la muestra a los 40 estereotipos, se destacan 3 grupos de sujetos correspondientes a distintos perfiles de respuesta. De las varias hipótesis planteadas en función de las distintas variables independientes para la escala de estereotipos, hemos constatado que «el sexo», «la edad», y «el hecho de vivir o no con personas mayores en el lugar de procedencia», han sido las que más diferencias estadísticamente significativas han aportado. En cuanto a los coeficientes de envejecimiento percibido por la muestra para los distintos atributos, es significativa la percepción de un declive descendiente a lo largo de las décadas (50-90) para la mayoría de los atributos de las distintas dimensiones (biopsicosociales), que siguen únicamente la perspectiva de unidireccionalidad propia del envejecimiento biológico. El cálculo de las medias de envejecimiento percibido en función de las variables independientes ha revelado pequeñísimas diferencias. Respecto a la última hipótesis, a un coeficiente de envejecimiento percibido más negativo en los atributos «dependencia», «felicidad» y «soledad», para el grupo 50/70, y en los atributos «soledad», «salud física» y «felicidad», para el grupo 70/90, corresponderán puntuaciones más elevadas en la 2.^a dimensión obtenida del análisis factorial de la escala de estereotipos (dimensión esta que ha supuesto una mayor concordancia por parte de la muestra, denominada de dependencia afectiva y de atención), pero la capacidad explicativa de estos atributos es muy reducida.

ABSTRACT

This study has tried to investigate the existence of stereotypes on elderly people, among the higher education students, in the district of Bragança. For its planning, quantitative methodologies were used. Thus, an instrument for the recollection of data was built, based on the vast existing bibliography and studies already carried out on this matter. The sample submitted to statistic treatment was composed of 376 individuals. The instrument has shown a good internal consistency. The descriptive and exploratory analysis of the stereotypes shows, for the studied space-time context, that a high percentage of the sample agrees with the totality of the stereotypes of positive orientation and disagrees with the majority of the stereotypes of negative orientation. These results follow the objectives established in the International Plan of Action presented in 2002 in the 2nd World Assembly on Ageing and confirm the study by Rodriguez and Postigo (2004) and by Royo et al. (2006) that stress the present-day tendency towards a more positive image on old age. Although discordance is predominant, some of the stereotypes prevail, included in the stereotypy of dependence and in the stereotypy of the decadence of the physical image. According to the positioning of the answers of the sample to the 40 stereotypes, three groups of individuals corresponding to distinct answer profiles stand out. Among the several hypothesis designed in consequence of the different independent variables for the scale of stereotypes, it was verified that «gender», «age», and «residing (or not) with elderly people», were the ones that have shown more statistically significant differences. As for the aging coefficient shown by the sample for the different attributes, it is visible the perception of a descending line along the decades (50-90) for the majority of the attributes of the different dimensions (bio-psycho-social) that follow exclusively the unidirectional perspective of the biological aging. The calculus of the aging average resulting from independent variables has shown very small differences. Concerning the last hypothesis, to a more negative aging coefficient in the attributes of «dependency», «happiness» and «loneliness» for the group 50/70 and in the attributes of «loneliness», «physic health» and «happiness» for the group 70/90, it will correspond higher marks in the 2nd dimension got from the factorial analysis of the scale of stereotypes (this dimension – named affective and attentional dependence, has shown a bigger accordance by the sample), though the explicative capacity by these attributes is very low.

RÉSUMÉ

La présente étude cherche à analyser l'existence des stéréotypes à l'égard des personnes âgées chez des étudiants de l'enseignement supérieur, dans le district de Bragança. Dans sa conception, on a eu recours à des méthodes quantitatives, ayant donc construit un instrument de recherche de données, basé sur la vaste bibliographie et sur les études déjà existantes dans ce domaine. L'échantillon soumis à un traitement statistique fut de 376 individus. L'instrument s'avéra être internement consistant. L'analyse descriptive et exploratoire des stéréotypes met en évidence, pour le contexte spatio-temporel étudié, qu'un pourcentage assez significatif de l'échantillon est d'accord avec la totalité des stéréotypes à tendance positive et s'écarte de la plupart des stéréotypes négatifs. Ces résultats suivent les objectifs prônés par le Plan d'Action Internationale présenté en 2002 à la II Assemblée Mondiale pour le Vieillissement et sont conformes aux études de Rodriguez et Postigo (2004) et de Royo et al. (2006), qui mettent en relief la tendance actuelle pour une image plus positive à l'égard de la vieillesse. Malgré la prédominance du désaccord, quelques stéréotypes persistent dans le domaine de la stéréotypie de la dépendance et de la décadence de l'image physique. Ayant comme base la position des réponses de l'échantillon aux 40 stéréotypes, on peut relever 3 groupes de sujets correspondants à des profils diversifiés. À partir des hypothèses établies en fonction des diverses variables indépendantes pour l'échelle des stéréotypes, on constate que «le sexe», «l'âge», et «le fait d'habiter (ou pas) avec des personnes âgées», sont celles qui présentent le plus grand nombre de différences statistiquement significatives. Par rapport aux coefficients du vieillissement perçu par l'ensemble de cet échantillon pour les différents attributs, est appréciable la perception d'un déclin au cours des décennies (50-90) pour la majorité des attributs des différentes dimensions (biopsychosociales), qui ne font que suivre la perspective unidirectionnelle du vieillissement biologique. Le calcul des moyennes du vieillissement perçu en fonction des variables indépendantes révèle de très petites différences. Quant à la dernière hypothèse, un coefficient de vieillissement perçu plus négatif dans les attributs «dépendance», «bonheur» et «solitude», pour le groupe des 50-90, et dans les attributs «solitude», «santé physique» et «bonheur», pour le groupe des 70-90, correspond à des ponctuations plus élevées dans la 2^{ème} dimension obtenue à partir de l'analyse factorielle de l'échelle de stéréotypes (dimension qui reçoit un accord plus élevé de la part de cet échantillon, nommée comme dépendance affective et d'attention), mais la capacité explicative de ces attributs est très réduite.

RESUMEN EN CASTELLANO

Contextualización del problema y objetivos de estudio

Los últimos Censos efectuados en 2001 en la población portuguesa (INE, 2002a) destacan el envejecimiento demográfico, revelando la existencia de un mayor número de personas de edad igual o superior a los 65 años, en comparación con el grupo poblacional más joven (0-15 años). Las Proyecciones del INE (2005) relativas a la Población Residente en Portugal, para el período comprendido entre los años 2000-2050, apuntan hacia un envejecimiento continuo de la población, consecuencia del previsible aumento de la esperanza de vida, así como del mantenimiento de los niveles de fecundidad por debajo del umbral de sustitución de las generaciones, lo que implica que un número cada vez mayor de personas consigue llegar a edades más avanzadas. Poder alcanzar la última etapa de la vida (vejez) es una aspiración de mucha gente, sin embargo ese deseo a veces parece contrastar con un sentimiento de temor. Desde hace mucho tiempo existen relatos históricos acerca de la imagen del envejecimiento, de la vejez y de las personas mayores, relatos estos cuya imagen no siempre ha coincidido con una visión positiva, incluso cuando se refieren a los primordios bíblicos, pues como nos señala Minois (1987/1999), podemos constatar que a lo largo de la historia la imagen de la tercera edad depende del contexto cultural general donde la misma se insiere. A pesar de que desde que Lipmann (1922) introdujo el término estereotipo hasta nuestros días, todavía no ha transcurrido ni un siglo, distintas perspectivas teóricas sobre su génesis/formación han aparecido ya (perspectiva cognitiva, perspectiva psicodinámica, perspectiva sociocultural). Para Allport (1954), los estereotipos son creencias exageradas que ayudan a las personas a simplificar sus categorizaciones, que pueden poseer o no un fondo de verdad, y que son reforzados por los medios de comunicación de masas que continuamente los reviven e insisten en ellos. Sus funciones pueden ser individuales o sociales. Los estudios científicos que han tratado el tema de los estereotipos en relación a las personas mayores, realizados sobre todo desde finales de la primera mitad del siglo XX, debidos fundamentalmente al impulso creciente de la presión social y demográfica, han revelado mayoritariamente que durante varias décadas ha habido un predominio injustificado de la imagen negativa del envejecimiento y de las personas de la tercera edad, tendencia destacada y combatida por varios autores

(Lehr, 1977/1980; Palmore, 1988; Moragas, 1995; Belsky, 1999/2001; Motte y Tortosa, 2002; entre otros muchos), pues dichos estereotipos no son sino falsas concepciones que pueden traducirse en barreras a la funcionalidad de las personas mayores, dado que influyen negativamente el status social del hecho de ser mayor. Por otro lado estos estereotipos pueden desembocar en el edadismo, término introducido por Butler (1969) que se refiere a la discriminación sistemática hacia las personas en virtud de la edad que tienen. La expresión de la preocupación y del combate hacia estas erróneas generalizaciones se hizo más visible a partir de la II Asamblea Mundial para el Envejecimiento (Naciones Unidas), que tuvo lugar en Abril de 2002, y de la cual surgió un Plan de Acción Internacional (Naciones Unidas, 2002) cuyo objetivo es el de promover una imagen positiva del envejecimiento, así como el de promover un mayor reconocimiento público de la autoridad, la sabiduría, de la productividad y otras contribuciones importantes de las personas mayores. En nuestra sociedad frecuentemente nos deparamos con exteriorizaciones de una cultura anti envejecimiento, reforzada por los medios de comunicación, cultura en la cual se incluye la población estudiantil, cuyas percepciones acerca de la vejez parecen seguir un modelo característico atribuido al envejecimiento biológico (declive y muerte), atribución portadora, por si misma, de una connotación negativa. Así, nos preguntamos si efectivamente los estereotipos de orientación negativa en relación a las personas mayores predominan o no en la población estudiantil de enseñanza superior existente en el distrito de Braganza, y es ésta la cuestión central de nuestro estudio (cuestión de investigación), pues como nos señala Ribeiro (1999, p.16) “Una investigación empieza con una gran cuestión”.

Son objetivos de este estudio:

- Identificar los estereotipos en relación a las personas mayores existentes en alumnos de enseñanza superior que estudian en el distrito de Braganza, en función del sexo, de la edad, en función de haber realizado o no prácticas con pacientes mayores durante la carrera, en función de la localidad de la cual provienen (medio rural o medio urbano) y en función del hecho de vivir o no con personas mayores;
- Identificar el coeficiente de envejecimiento percibido para los distintos atributos que ocurren a partir de la quinta década de vida, por alumnos de enseñanza superior que estudian en el distrito de Braganza, en función del sexo, de la edad, en función de haber

realizado o no prácticas con pacientes mayores durante la carrera, en función de la localidad de la cual provienen (medio rural o medio urbano) y en función del hecho de vivir o no con personas mayores;

- Explorar la relación entre las dimensiones que abarcan los estereotipos de orientación negativa acerca de las personas mayores con el coeficiente de envejecimiento percibido para los distintos atributos, que tienen lugar a partir de la quinta década de vida, por los alumnos de enseñanza superior que estudian en el distrito de Braganza.

Metodología

Tipo de Investigación

Para poder alcanzar los objetivos previamente delineados, hemos optado por un estudio observacional analítico-transversal, ya que, de acuerdo con la caracterización descrita por Aday, (1996): lo observacional consiste en la descripción de los acontecimientos que ocurren de forma natural, sin cualquier intervención directa sobre éstos; lo analítico se refiere al examen de las relaciones estadísticas existentes entre las variables, sin que haya, no obstante, establecimiento de causalidad; y lo transversal respecta a un único período de tiempo de recogida de datos.

Variables de Investigación

Las variables dependientes de nuestro estudio corresponderán a los estereotipos en relación a las personas mayores. En cuanto a las variables independientes, en este estudio serán: el sexo (femenino o masculino), la edad, el tipo de carrera universitaria y el curso de la misma en que se está (permite identificar si se han hecho prácticas o no con pacientes mayores), la localidad de donde se proviene (medio rural o medio urbano), y el hecho de vivir o no con personas mayores. En este estudio observacional procederemos a relacionar las variables dependientes e independientes sin identificar la causalidad.

Hipótesis de Investigación

En un estudio de investigación, los resultados obtenidos pueden confirmar o infirmar (rechazar) la hipótesis. Teniendo como base la revisión de la literatura, así como los objetivos del presente estudio, formulamos las siguientes hipótesis:

H1: Hay diferencias estadísticamente significativas entre el sexo y la existencia de estereotipos en relación a las personas mayores.

H2: Hay relación entre la edad y el hecho de estar de acuerdo con los estereotipos en relación a las personas mayores.

H3: Hay diferencias significativas entre los estudiantes que han hecho prácticas o no con pacientes mayores y la existencia de estereotipos en relación a las personas mayores.

H4: Hay diferencias significativas entre el lugar de procedencia y la existencia de estereotipos en relación a las personas mayores.

H5: Hay diferencias significativas entre el hecho de vivir o no con personas mayores en el lugar de procedencia y la existencia de estereotipos en relación a las personas mayores.

H6: Hay diferencias significativas entre los coeficientes de envejecimiento percibido en relación a los distintos atributos, obtenidos en función de las variables independientes (sexo, edad, haber hecho o no prácticas con personas mayores, lugar de procedencia, el vivir o no con personas mayores).

H7: Los estudiantes con un coeficiente de envejecimiento percibido más negativo en lo referente a los distintos atributos que ocurren a partir de la quinta década de vida poseen puntuaciones más elevadas en las dimensiones resultantes del agrupamiento de estereotipos de orientación negativa.

Muestreo

En este estudio nuestra población meta se corresponde con los estudiantes inscritos en el curso lectivo 2005/2006 en la enseñanza superior en las facultades-escuelas del distrito de Braganza. En Enero de 2006, nuestra población estaba constituida por 7649 alumnos, distribuidos en cinco instituciones de enseñanza superior del distrito, con un claro predominio de estudiantes del sexo femenino (4878 alumnos – que correspondían a cerca del 63,8% de la totalidad de la población). El muestreo es el proceso que permite definir la muestra (Almeida y Freire, 2003). La orientación de este proceso se puede efectuar a través de métodos probabilísticos (muestreo causal, según el cual cada elemento de la población posee la misma probabilidad de ser seleccionado para formar la muestra) o no probabilísticos (muestreo no-causal, que significa que cada elemento de la población no posee la misma probabilidad de ser seleccionado para formar la muestra). Hill y Hill (2005) señalan que de los varios métodos de muestreo no-causal uno de los más comunes

es el muestreo por conveniencia, a través del cual los sujetos elegidos son los que están más disponibles, y destacan como ventajas del mismo: la rapidez, el menor coste y la facilidad. En este estudio hemos optado por el muestreo no-causal, por conveniencia, puesto que hemos seleccionado tres de las cinco instituciones de enseñanza superior del distrito de Braganza para la aplicación del instrumento de recogida de datos. Las facultades-escuelas y las respectivas carreras elegidas han sido:

- IPB – Carrera-Licenciatura en Enfermería de la Escuela Superior de Salud; Carrera-Licenciatura en Educación Infantil de la Escuela Superior de Educación; Carrera-Licenciatura en Ingeniería Biotecnológica de la Escuela Superior Agraria; Carrera-Licenciatura en Ingeniería Civil de la Escuela Superior de Tecnología y de Gestión.

- ISLA – Carrera-Licenciatura en Psicología.

- UTAD – Carrera-Licenciatura en Trabajo Social del Polo de Miranda del Duero.

Hay que señalar que los estudiantes que rellenaron incorrectamente el cuestionario fueron excluidos de la muestra sometida a tratamiento estadístico.

Teniendo en cuenta el cálculo estimativo formulado por Krejcie y Morgan (1970), la representatividad de nuestra muestra se cumple ya que está constituida por 375 individuos para una población de 7649 individuos.

Instrumento de Recogida de Datos

Con el intuito de alcanzar los objetivos que nos habíamos propuesto, para la recogida de datos hemos optado por crear un cuestionario (Ver anexo I), cuyo constructo está basado en la vasta bibliografía existente relativamente a la temática en cuestión, así como en los estudios de investigación previamente efectuados en este mismo ámbito, entre los que destacamos fundamentalmente: Palmore (1988,1998); Fernández-Ballesteros et al. (1992); Villar (1995); Magalhães (2003), Rodríguez y Postigo (2004). El cuestionario que hemos construido se divide en tres partes, que se caracterizan de la siguiente forma:

- La primera parte está constituida por cuestiones que se destinan a la recogida de datos que buscan la caracterización de la muestra (sexo; edad; carrera y respectivo curso en que se está – permite conocer a través de sus planes de estudio, y también a través de los respectivos coordinadores qué estudiantes han realizado ya prácticas con pacientes

mayores; localidad de donde se proviene - medio rural o medio urbano; si vive o no con personas mayores en el lugar de procedencia). Es conveniente resaltar que estas cuestiones además de caracterizar nuestra muestra conforman también las variables independientes de nuestro estudio.

- La segunda parte del cuestionario pretende recoger datos sobre los estereotipos en relación a las personas mayores, para tal fin hemos construido una escala de formato tipo Likert, con cuatro posibilidades de respuesta (discrepo bastante; discrepo; estoy de acuerdo; estoy bastante de acuerdo) que los encuestados deben atribuir a 40 ítems, cumpliendo así un presupuesto recomendado por Ribeiro (1999) que señala que lo ideal es que una escala tenga por lo menos 20 ítems. Para la construcción de los ítems nos hemos basado en estereotipos referenciados en la amplia bibliografía (Rosa, 1987; Berger y Mailloux-Poireier, 1995; Belsky, 1999/2001; Fonseca, 2004, entre otros muchos), nos hemos basado asimismo en el cuestionario elaborado por Erdman Palmore, denominado “*Aging Quiz I*” (Palmore, 1988, 1998), el cuestionario “*estereotipos en relación a la vejez*” elaborado por Izal y Montório (1991), y el cuestionario utilizado por Rodríguez y Postigo (2004), en el que se añadieron 10 ítems más al cuestionario anterior.

- La tercera parte pretende obtener la percepción gráfica que los estudiantes poseen acerca del padrón de desarrollo humano de determinadas características (salud física, salud mental, fuerza física, capacidad de movimiento, capacidad auditiva, felicidad, prestigio social, productividad, agilidad física, poder, recursos económicos, esperanza, visión, inteligencia, memoria, sabiduría, belleza, experiencia, dependencia y soledad) que se dan en las personas a partir de los 50 años. Para tal efecto hemos utilizado como base el modelo construido por Villar (1995), en el cual hemos introducido varias alteraciones, a saber, la escala gráfica en vez de estar dividida en cuatro etapas, ha pasado a estar dividida en cinco décadas a partir de los 50 años, pues la percepción que pretendemos obtener hace referencia a esa franja de edad. Se han mantenido la mayor parte de los atributos (capacidad de movimiento, fuerza física, belleza, poder, productividad, prestigio social = estatuto social, recursos económicos, felicidad, memoria, inteligencia, dependencia, sabiduría), subdividiendo algunos de ellos (salud en salud física y mental), extinguiendo otros (agudeza sensorial, ilusión) y añadiendo nuevos atributos (capacidad auditiva, agilidad física, visión, experiencia, soledad, esperanza). En las instrucciones de cumplimentación consta la llamada de atención hacia el hecho de que las dos últimas

características (dependencia y soledad) son de carácter negativo, lo que significa que los valores máximos corresponden respectivamente al máximo de la dependencia y la soledad. Las respuestas gráficas relativas a estos dos últimos atributos son nuestras cuestiones de control del “automatismo de respuesta”. Para el estudio matemático de la percepción gráfica obtenida, calcularemos el coeficiente de envejecimiento percibido, tal como lo hizo Villar (1995).

Una vez definido y convertido en operacional el constructo a evaluar, tal y como preconizan Almeida y Freire (2003), esto es, a través del “contacto con otras escalas, el manejo de la bibliografía de esta área, el contacto con los especialistas en los dominios a evaluar, ...” (p. 113), y una vez definido el número de ítems que forman parte del cuestionario para que se pueda cumplir un equilibrio de validez (representatividad) y consistencia, procederemos a su análisis cualitativo que puede ser efectuado a través del método de “reflexión hablada”. Así, se solicitó previamente a cinco estudiantes de distintas carreras que rellenasen individualmente el cuestionario, y a medida que lo hacían que fuesen comentando en voz alta sus impresiones relativamente a cada ítem, a la forma como lo abordaron, a las facilidades/dificultades de comprensión y cumplimentación. Relativamente al cuestionario, hubo dos alumnos que nos comunicaron que no entendían lo que significaba la palabra “senil” que aparecía en el ítem 18 de la segunda parte del cuestionario, motivo que nos condujo a incluir la explicación de dicho vocablo en ese ítem. Hubo otro alumno que nos cuestionó relativamente al motivo por el que no había una respuesta intermedia (tipo: ni discrepo/ni estoy de acuerdo) entre las opciones de la escala de Likert de la segunda parte del cuestionario (percepciones en relación a las personas mayores), a lo que contestamos que esta ausencia se debía a una opción metodológica, que perseguía el que los encuestados no eligiesen mayoritariamente de forma automática la respuesta intermedia, conocida como error de tendencia central, tal como señalan Almeida y Freire (2001); este procedimiento fue secundado también por Rodríguez y Postigo (2004) en su estudio acerca de la percepción de la vejez y del envejecimiento por parte de jóvenes universitarios. El cuestionario construido fue presentado además a dos especialistas en el área, que apreciaron cualitativamente los ítems. Dichas especialistas no manifestaron ningún tipo de duda y destacaron el interés del instrumento, atendiendo a los objetivos que pretendíamos alcanzar con el mismo.

Procedimientos

Efectuadas las pertinentes alteraciones relacionadas con las dudas que afloraron en la prueba de “reflexión hablada”, se solicitó a los presidentes de las instituciones de enseñanza superior que habían sido seleccionadas para la muestra, la respectiva autorización para la aplicación de la nueva versión del cuestionario. Tras ser concedida dicha autorización (Ver anexo II), procedimos a la planificación de los días y correspondientes horas con los docentes coordinadores (o sustitutos) de las carreras previamente seleccionadas, con la finalidad de acordar con ellos la utilización de 20 minutos del tiempo lectivo de clase para la aplicación de los cuestionarios, apelando para tal fin a la colaboración de los varios docentes que impartían clase tales días y a dichas horas. Algunos profesores se mostraron totalmente disponibles para aplicar ellos mismos los cuestionarios a los alumnos, lo que terminó ocurriendo en determinados casos, esto después de que hubiesen recibido previamente las debidas explicaciones relativamente a los objetivos del estudio, los objetivos del instrumento y los procedimientos instructivos necesarios para su aplicación. La aplicación de los cuestionarios tuvo lugar en el curso lectivo 2005/2006, más precisamente entre noviembre de 2005 y enero de 2006. Una vez recogidos los cuestionarios, algunos fueron rechazados por cumplimentación incorrecta, es decir, unos se inutilizaron porque les faltaban ítems por cumplimentar, otros porque contenían más de una respuesta en algunos ítems y otros porque contestaron de forma automática a las cuestiones de control.

Obtenidos los cuestionarios se procedió a la construcción de la base de datos, para lo cual se utilizó el programa informático SPSS 13.0. Se introdujeron 375 cuestionarios, siendo ésta la muestra utilizada para tratamiento estadístico. Inicialmente, para la caracterización de la muestra recurrimos a la estadística descriptiva, efectuando el cálculo de frecuencias absolutas (n) y relativas (%) y el cálculo de medidas de tendencia central y medidas de dispersión en relación a las variables cuantitativas. Para dar respuesta al primer objetivo de estudio recurrimos a la estadística descriptiva para abordar las respuestas obtenidas en la segunda parte del cuestionario y a la estadística analítica para verificar las 1^a, 2^a, 3^a, 4^a y 5^a hipótesis, habiendo sido esta verificación efectuada de la siguiente forma:

- para probar las hipótesis 1,3,4,5 recurrimos al test exacto de Fisher, con el que pretendíamos analizar la relación o asociación entre estas dos variables cualitativas

dicotómicas, utilizando como criterio de significancia $P \leq 0,05$, pues este test no presenta restricciones en tablas como 2/2, tal como refieren Pestana y Gagueiro (2000);

- para probar la hipótesis 2, recurrimos al coeficiente de correlación de Spearman (test no paramétrico), ya que las respuestas dadas a los 40 ítems presentan una distribución asimétrica.

Teniendo en cuenta el abordaje estadístico del segundo objetivo de este estudio, además de identificar a través de la estadística descriptiva, la media del coeficiente de envejecimiento percibido para los distintos atributos que tienen lugar a partir de la quinta década de vida (definiendo a priori dos grupos etarios: 50-70/70-90) en función de las variables independientes, verificamos también si existían diferencias estadísticamente significativas entre los valores obtenidos (hipótesis 6). Al principio verificamos las premisas inherentes a la aplicación de los tests de hipótesis, en ese sentido nos servimos del test de *Kolmogorov-Smirnov* para verificar la normalidad de las variables. Cuando el nivel de significancia sea inferior a 0,05 (5%) hay que descartar la hipótesis de que la distribución de las variables sea normal (Pestana y Gageiro, 2000). Dado que las variables en estudio no siguen una distribución normal, aplicamos el test no paramétrico *Mann-Whitney U* para las variables sexo, haber hecho o no prácticas con personas mayores, lugar de procedencia y vivir o no con personas mayores. Este test nos permite comparar el centro de localización de las dos muestras buscando detectar diferencias entre los dos grupos (Pestana y Gagueiro, 2000). Para explorar la relación en función de la variable independiente edad, hemos aplicado el coeficiente de correlación de Spearman, visto que las variables tampoco siguen una distribución normal.

El abordaje estadístico del tercer objetivo implica la verificación de la hipótesis 7. Inicialmente para poder caracterizar la estructura de los estereotipos (40 ítems de la segunda parte del cuestionario), recurrimos a un análisis factorial explorador (análisis factorial de componentes principales). En las distintas factorizaciones (con rotación varimax), se eliminaron los ítems con baja saturación factorial ($< 0,40$). Para cada factor extraído, se calculó el alfa de Cronbach, con la finalidad de analizar la consistencia interna. Encontrados los factores e identificadas las dimensiones, relacionamos posteriormente cada una de ellas con los coeficientes de envejecimiento percibido de los 20 atributos,

recurriendo para ello a un análisis de regresión múltiple por el método Stepwise, pues esta técnica permite verificar cuáles son los atributos que están relacionados con cada factor e identificar de qué forma se produce dicha relación.

Presentación, análisis y discusión de los resultados

Caracterización de la muestra

Relativamente a la muestra obtenida, tal como podemos observar en la tabla I, la misma es mayoritariamente femenina, pues está constituida por 302 individuos del sexo femenino (lo que supone el 80,5% de la muestra) y 73 del sexo masculino (lo que supone el 19,5% de la muestra), predominio que también se verificaba en términos de población.

Tabla I – Distribución de la muestra según el sexo

	N	%
Femenino	302	80,5%
Masculino	73	19,5%
Total	375	100

En la muestra obtenida, respecto a la edad de los individuos, como se constata en la tabla II, la edad mínima es de 17 años, la máxima de 45 años, por lo que se verifica una amplitud de 28 años y una media de edad ligeramente superior a los 21 años (21,31). El desvío padrón se sitúa cerca de los 3 años (2,994). Hay que añadir que nuestra muestra es manifiestamente joven, pues 346 individuos tienen menos de 25 años (lo que corresponde a cerca de 92,27% del total).

Tabla II – Estadísticas descriptivas de la variable edad

	N	Mínimo	Máximo	Amplitud	Media	Desvío Padrón
Edad del alumno	375	17	45	28	21,31	2,994

En cuanto a la carrera que estudian, podemos verificar en nuestra muestra, por orden decreciente que: 118 son estudiantes de Enfermería, 70 son estudiantes de Educación Infantil, 62 son estudiantes de Ingeniería Biotecnológica, 57 son estudiantes de Trabajo Social, 47 son estudiantes de Ingeniería Civil y 21 son estudiantes de Psicología. Respecto

a la media de edades por carrera, relativamente a nuestra muestra, verificamos además por medio de la tabla III que la Carrera-Licenciatura en Psicología es la que presenta la mayor media de edades (24 años), mientras que la Carrera-Licenciatura en Enfermería es la que presenta la menor media de edades. En lo referente a la mayor amplitud entre edades por carrera, la misma se verifica en la Carrera-Licenciatura en Trabajo Social (28 años).

Tabla III – Estadísticas descriptivas de la variable edad, por carrera

Carrera que cursa	N	Mínimo	Máximo	Amplitud	Media	Desvío Padrón
Enfermería	118	17	26	9	19,75	1,372
Educación Infantil	70	18	29	11	21,27	2,078
Ingeniería Biotecnológica	62	17	27	10	21,95	1,885
Trabajo Social	57	17	45	28	21,28	3,853
Ingeniería Civil	47	19	32	13	23,32	2,783
Psicología	21	19	45	26	24,00	6,221

Basándonos en las distintas carreras confluyentes en nuestra muestra, procedimos a consultar los respectivos planes de estudio y coordinadores (o sustitutos), con el intuito de identificar cuáles eran las carreras que tenían previstas prácticas con personas mayores. En el momento de la recogida de datos, en nuestra muestra apenas los estudiantes del 2º, 3º y 4º cursos de la Carrera-Licenciatura en Enfermería habían realizado prácticas con pacientes mayores, datos que suponían el 18,1% de la muestra (68 individuos), tal como podemos constatar en la tabla IV.

Tabla IV – Distribución de la muestra en función de haber hecho o no prácticas con pacientes mayores

¿Ha realizado prácticas con personas mayores?	N	%
No	307	81,9%
Sí	68	18,1%
Total	375	100%

En cuanto al lugar de procedencia de los alumnos, tal como podemos observar en la tabla V, existe un equilibrio, dado que 190 estudiantes (el 50,7% de la muestra) proceden del medio urbano y 185 estudiantes (el 49,3% de la muestra) procede del medio rural.

Tabla V – Distribución de la muestra en función del lugar de Procedencia

Lugar de Procedencia	N	%
Zona Urbana	190	50,7%
Zona Rural	185	49,3%
Total	375	100%

La mayor parte de nuestra muestra (284 estudiantes – 75,7%) vive sin cualquiera persona mayor en su lugar de procedencia. Tal como se puede apreciar en la tabla VI, de los 91 estudiantes que viven con personas mayores, 70 estudiantes cuentan apenas con una persona mayor en su núcleo familiar, 18 estudiantes cuentan con dos personas mayores y solamente 3 estudiantes cuentan con tres elementos.

Tabla VI – Distribución de los estudiantes en función del n.º de personas mayores con quienes residen

Residen con una persona mayor en su núcleo familiar	Residen con dos personas mayores en su núcleo familiar	Residen con tres personas mayores en su núcleo familiar	N.º total de estudiantes que residen con personas mayores
70	18	3	91

Fiabilidad del instrumento

La consistencia interna respecta a la homogeneidad de los enunciados de un instrumento de medida, que es evaluado a través de las correlaciones, lo que quiere decir que cuanto más correlacionados estén dichos enunciados mayor es su consistencia interna (Fortin, 1996/1999, p. 226). Para Ribeiro (1999) la fiabilidad puede ser identificada a través de distintos testes (test-retest, dos mitades, alfa de Cronbach, entre otros). El alfa de Cronbach es la técnica que más se utiliza para la evaluación de la consistencia interna, y se calcula con base en la media de las intercorrelaciones existentes entre todos los ítems del test, y, según el autor, una buena consistencia debe pasar un alfa de Cronbach de 0,80, no obstante ya es aceptable por encima de 0,60. En cuanto a la fiabilidad de nuestro instrumento de recogida de datos, la segunda parte del cuestionario relativa a los estereotipos en relación a las personas mayores posee una buena consistencia interna, ya que presenta un alfa de Cronbach de 0,823. En cuanto a la tercera parte del cuestionario, posee una excelente consistencia interna, puesto que presenta un alfa de Cronbach de 0,965.

1er Objetivo – Análisis descriptivo y explorador de los estereotipos

Basándonos en los resultados obtenidos en relación a la segunda parte de la escala conformada por los 40 ítems, verificamos que la mayoría de la muestra se mostró de acuerdo con los ítems de orientación positiva, como se puede constatar en la tabla VII. La percepción de que el hecho de ser mayor significa mayor experiencia de vida fue la que obtuvo el mayor porcentaje de concordancia en términos de muestra (97,9%, media del ítem = 3,62), seguida respectivamente de la percepción de que las personas mayores

pueden ser muy útiles a la sociedad (compartida por 96% de los estudiantes) y de la percepción de las personas mayores como pozos de sabiduría (compartida por 95,5% de los estudiantes). Les sigue a éstas la percepción del colectivo de la tercera edad como personas que pueden ser buenos cuidadores de niños, compartida por 90,9% de la muestra. Por orden decreciente de porcentaje de concordancia de la muestra sigue una percepción de orientación negativa, en la que 89,3% de los estudiantes perciben la vejez como una etapa que requiere mayor preocupación. A continuación nos encontramos con una percepción relativa a las personas mayores de orientación positiva (percepción de los mayores como personas cariñosas, compartida por 88,3%). De las seis primeras percepciones con mayor porcentaje de concordancia de la muestra, cinco son de orientación positiva. Siguen por orden decreciente de concordancia de la muestra, ocho percepciones de orientación negativa pertenecientes a distintas dimensiones.

Tabla VII – Estereotipos que los estudiantes comparten

Ítem	% Concordancia
Persona mayor significa mayor experiencia de vida	97,9%
Las personas mayores pueden ser muy útiles a la sociedad	96,0%
Las personas mayores son pozos de sabiduría	95,5%
Los mayores pueden ser buenos cuidadores de niños	90,9%
La vejez representa una etapa que requiere mayor preocupación	89,3%
La mayor parte de las personas mayores son cariñosas	88,3%
Ser mayor significa necesidad de mayor atención	88,0%
Las personas mayores sufren más de soledad que los jóvenes	85,9%
Cuando pienso en las alteraciones físicas naturales inherentes a la etapa de la vejez pienso en tener canas	78,9%
Regla general: la vejez constituye la etapa de mayor dependencia	59,7%
Cuando veo arrugas en la piel me acuerdo de la vejez	58,1%
Las personas mayores temen a las nuevas tecnologías	57,9%
El colectivo de personas mayores tiende a semejarse físicamente	53,9%
El colectivo de personas mayores tiende a semejarse en comportamientos	53,1%

Verificamos asimismo por medio de la tabla VIII, que la mayoría de la muestra discrepa de 27 estereotipos de orientación negativa. El mayor porcentaje de discordancia en términos de muestra, fue la obtenida relativamente al ítem n.º1 y al n.º 38, pues 97,6% de la muestra discrepa de la percepción de las personas mayores como personas enfermas, como personas feas. Aún por encima del 90% de individuos de la muestra que discrepa de los estereotipos, se encuentran los siguientes resultados: el 97,3% de la muestra manifiesta su desacuerdo respecto a que con el envejecimiento las personas mayores se vuelven menos

inteligentes; el 96,8% de la muestra discrepa del estereotipo “los mayores son incapaces de aprender algo nuevo”; el 95,7% de la muestra no está de acuerdo con el estereotipo que dice que evitaba utilizar la imagen de una persona mayor en campañas de marketing si fuesen expertos en marketing; el 94,7% de la muestra discrepa de que las personas mayores son improductivas; el 93,6% de la muestra no está de acuerdo con que la vejez representa no tener nada que hacer; el 93,1% de la muestra discrepa de que las personas de la tercera edad son incapaces de pensar con claridad; el 90,1% de la muestra manifiesta su desacuerdo respecto a que la vejez es sinónimo de decadencia social. A continuación exponemos 17 estereotipos de orientación negativa que abarcan distintas dimensiones y que merecieron junto a los anteriormente mencionados la discrepancia de la mayor parte de la muestra de estudiantes.

Tabla VIII – Estereotipos que los estudiantes no comparten

Ítem	% Discrepancia
Por regla general, ser mayor significa ser enfermo	97,6%
Por regla general las personas mayores son feas	97,6%
Las personas, a medida que envejecen se vuelven menos inteligentes	97,3%
Los mayores son incapaces de aprender cosas nuevas	96,8%
Si yo fuese experto en marketing, en las campañas publicitarias evitaba la utilización de la imagen de la persona mayor	95,7%
Las personas mayores son improductivas	94,7%
Vejez representa no tener nada que hacer	93,6%
Las personas mayores son incapaces de pensar con claridad	93,1%
Vejez es sinónimo de decadencia social	90,1%
Vejez es sinónimo de decadencia psíquica	89,6%
La mayoría de las personas mayores está senil	88,3%
Las personas mayores generalmente son personas tristes	86,9%
Las personas mayores son incapaces de cambiar y de adaptarse a nuevas situaciones	86,4%
Los mayores no son capaces de mantener una erección	85,3%
Pensar en la vejez, significa pensar en la muerte	84,3%
Las personas mayores tienen poco o ningún deseo sexual	79,7%
La depresión es una característica común en las personas mayores	77,3%
Volverse mayor significa perder la capacidad de memoria	74,9%
La mayor parte de los mayores no acepta la opinión de los demás	73,3%
Pensar en la vejez significa pensar en abandono social	72,8%
Cuando pienso en la fisonomía de la persona mayor me viene a la mente alguien con gafas, bastón	71,2%
Las personas mayores no deben desempeñar tareas que exijan mayor destreza manual	66,9%
Vejez es sinónimo de decadencia física	66,9%
Las personas mayores deben evitar manipular máquinas	60,8%
Entrar en la etapa de la vejez significa regresar a la infancia	59,7%
La mayoría de las personas mayores es analfabeta	58,4%

También Rodríguez y Postigo (2004) en un estudio sobre estereotipos juveniles referentes al envejecimiento, en una muestra de 530 jóvenes universitarios verificaron que no existía un predominio de estereotipos negativos, sino una tendencia hacia una imagen más positiva en relación a los mayores, por parte de los jóvenes, verificándose que los estereotipos positivos eran los más unánimemente compartidos. Nuestros resultados van así al encuentro de lo pretendido por los objetivos planteados por el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, respecto tanto “a la imagen positiva del envejecimiento”, como “al mayor reconocimiento público de la autoridad, de la sabiduría, de la productividad y otras contribuciones importantes de las personas mayores”, emanado de la II Asamblea Mundial para el Envejecimiento (Naciones Unidas, 2002). Royo et al. (2006) señalan que existe actualmente un concepto más positivo acerca de la vejez, considerando que para esta visión ha contribuido la evolución de la ciencia y de los medios tecnológicos que desaceleran el proceso de envejecimiento, y el hecho de que vivimos en un mundo en el que se acepta la heterogeneidad, resaltando asimismo que es visible el interés de los mayores en mejorar continuamente su imagen, posición e influencia social, interés que se refleja en su auto-percepción y en la percepción que los demás grupos etarios poseen y poseerán acerca de ellos. Como hemos constatado, a pesar de que existe un predominio de la discrepancia relativamente a la mayoría de los estereotipos de orientación negativa, algunos persisten en el contexto espacio-temporal estudiado, y a pesar de la poco perceptible incidencia debemos tener en cuenta que el riesgo de que los estereotipos negativos induzcan a actitudes negativas es superior a la probabilidad de que los estereotipos positivos induzcan a actitudes positivas, principalmente en lo que se refiere a personas de edad más avanzada (Hummert, Garstka, Shaner, y Strahm, 1995). Las categorías de orientación negativa que merecieron concordancia por parte del porcentaje más elevado de la muestra se refieren a una estereotipia de dependencia de la persona mayor (requiere mayor preocupación; necesidad de mayor atención; mayor dependencia; sufre más de soledad que los más jóvenes) y a una estereotipia de decadencia de la imagen física resultante del envejecimiento primario (arrugas). La estereotipia de la dependencia, representa la percepción de la vejez como un problema social (Fernandes, 1997), fruto de las repercusiones inherentes a un creciente envejecimiento demográfico, lo que implica la necesidad de movilización de recursos humanos y materiales de apoyo, de esfuerzos y

atenciones que busquen la satisfacción de una vejez que a menudo se equipara erróneamente a la pobreza, a la falta de recursos, a la soledad, a la enfermedad, a la segregación, ya que, como nos enfatizan varios autores, como por ejemplo Serrano (2004), la mayor parte de las personas mayores disfruta de buena salud física y mental, son independientes, por lo que se deben rechazar los mitos y los estereotipos que las caracterizan como personas enfermas y dependientes. Cabe señalar que la dependencia fue también la estereotipia psicosocial más apuntada a la vejez por los jóvenes (18-25 años) y por la primera edad adulta (26-34 años) en la investigación elaborada por Marín, Troyano y Vallejo (2001). En cuanto a la decadencia de la imagen física, ésta es infundida con fuerza conceptualmente por las ciencias biológicas e implícitamente o explícitamente en las definiciones dadas por las ciencias sociales (Laforest, 1989/1991), lo que se encara a un nivel primario como un fenómeno universal, irreversible, destructor e intrínseco, siguiendo así una perspectiva de unidireccionalidad de declive propia del modelo biológico. La imagen física representa un fuerte impulsor de estereotipos negativos en jóvenes, según las conclusiones a las que llegaron los investigadores Hummert, Garstka y Shaner (1997), imagen proyectada intensamente por los medios de comunicación de masas a través de una cultura anti envejecimiento/anti-vejez, visible debido al aumento del número de programas televisivos (sobre cirugía plástica, esteticismo, entre otros) y de campañas publicitarias, cuyo mensaje busca el combate de las alteraciones inherentes al envejecimiento natural, enfatizando lo juvenil, la belleza física (Clara, 1999; Acosta-Orjuela, 2002).

Basándonos en la postura tomada por la muestra en sus respuestas a los 40 estereotipos, los tests estadísticos aplicados revelan la existencia de 3 grupos de sujetos correspondientes a distintos perfiles de respuesta, de entre los que destacamos el perfil 1 que representa al grupo de estudiantes (156) cuyas respuestas presentan mayoritariamente las medias más bajas, siendo muy visible gráficamente su postura de discrepancia hacia la mayoría de los estereotipos de cariz negativo, hecho que nos permite resaltar (simplemente) que este grupo corresponderá a aquél que niega con más vehemencia la estereotipia en relación a las personas mayores, pues en una muestra nítidamente joven, son varias las variables en juego que pueden determinar la postura de este grupo (tradiciones, estructura familiar, grado de contacto íntimo con personas mayores, modernización, entre otras), como nos

señala Neto (1992b).

Verificación de las hipótesis 1, 2, 3, 4 y 5

Hipótesis 1

Con la hipótesis 1 pretendíamos determinar si había diferencias estadísticamente significativas entre el sexo y la existencia de estereotipos en relación a las personas mayores. Tomando como base los resultados obtenidos a través del test de hipótesis aplicado, encontramos significancia (existencia de relación) entre las variables “sexo” y la percepción relativa a los ítems 02, 19, 32 y 34, como se puede ver en la tabla IX.

Tabla IX – Distribución de la muestra para los ítems con significancia en función del sexo

Ítem	Variable dependiente - Estereotipo -	Discrepancia /Concordancia	Variable Independiente - Sexo		Significancia Test Exacto de Fisher
			Masculino (%)	Femenino (%)	
02	Las personas mayores son incapaces de cambiar y de adaptarse a nuevas situaciones	Discrepancia	75,3%	89,1%	$p = \underline{0,004}$
		Concordancia	24,7%	10,9%	
19	Cuando veo arrugas en la piel me acuerdo de la vejez	Discrepancia	53,4%	39,1%	$p = \underline{0,034}$
		Concordancia	46,6%	60,9%	
32	Los mayores no son capaces de mantener una erección	Discrepancia	76,7%	87,4%	$p = \underline{0,027}$
		Concordancia	23,3%	12,6%	
34	Las personas mayores no deben desempeñar tareas que exijan mayor destreza manual	Discrepancia	53,4%	70,2%	$p = \underline{0,008}$
		Concordancia	46,6%	29,8%	

Verificamos que la asociación de las arrugas de la piel a la vejez fue el ítem que obtuvo una visión más antagonica, ya que es claramente perceptible la concordancia con el mismo por la mayor parte de la muestra femenina, que se opone radicalmente a la discrepancia de la mayoría de la muestra masculina. Según varios autores (Snyder y Miene, 1994; D’angelo, 2002; García, 2005), la percepción de los primeros síntomas del envejecimiento de la figura corporal (canas, arrugas) implica una connotación cultural distinta relativamente a los dos sexos, verificándose una mayor tolerancia social hacia el

mismo por parte del sexo masculino. En ese sentido, como nos cita D'angelo (2002, p.33) la sociedad considera equivocadamente que “mientras que los hombres maduran las mujeres envejecen”. Por otro lado, según dicha autora, el deseo de la eterna juventud es un sueño masculino proyectado sobre las mujeres, lo que provoca en ellas un impulso hacia la negación de la edad, por lo que éstas para existir deben enmascararse. Los procesos de enmascaramiento esconden de esta forma, los marcadores biológicos frecuentemente atribuidos al hecho de envejecer, a la vejez, que se traducen en la percepción de la llegada de dificultades (pérdida del poder atractivo; mayor vulnerabilidad económica por parte de las mujeres sin participación activa en el mercado laboral; entre otras). Aún según D'angelo (2002) los procesos de enmascaramiento son alentados por una potente industria cosmética que les impide elegir y definir ellas mismas su auto-concepto de belleza y bienestar personal; por otro lado, en palabras de la autora la “presión social y cultural ofrece poco apoyo a las mujeres a las que les gustaría pensar y comprobar que sus arrugas y su pelo canoso pueden ser percibidos como signos de encanto, carácter y carisma” (p.33).

Hipótesis 2

A través de la hipótesis 2 pretendíamos probar la existencia de relación entre la edad y la concordancia con los estereotipos en relación a las personas mayores, para tal se aplicó el test de Spearman, que nos permitió verificar la existencia de relación (débil, pero existente) entre la edad y cinco ítems ($p < 0,05$), tal como se puede observar en la tabla X. Esta relación traduce el hecho de que cuanto más elevada es la edad del estudiante, mayor es la tendencia (tenue, pero existente) hacia la concordancia (o su refuerzo) con la percepción de que:

- “Las personas mayores sufren más de soledad que los jóvenes”;
- “Las personas mayores son pozos de sabiduría”;
- “Entrar en la etapa de la vejez significa regresar a la infancia”;
- “Las personas mayores deben evitar manipular máquinas”.

Traduce además que cuanto mayor es la edad del estudiante, mayor es la tendencia (tenue, pero existente) hacia la discordancia con la percepción de que “Si yo fuese experto en marketing, en las campañas publicitarias evitaba la utilización de la imagen de la persona mayor”.

Tabla X – Relación entre la edad y los estereotipos

Ítem	Estereotipo	Correlación de Spearman (r_s)	Sig.
04	- Las personas mayores sufren más de soledad que los jóvenes	0,106*	$P = 0,040$
05	- Las personas mayores son pozos de sabiduría	0,106*	$P = 0,040$
22	- Entrar en la etapa de la vejez significa regresar a la infancia	0,178*	$P = 0,001$
30	- Si yo fuese experto en marketing, en las campañas publicitarias evitaba la utilización de la imagen de la persona mayor	-0,145*	$P = 0,005$
35	- Las personas mayores deben evitar manipular máquinas	0,104*	$p = 0,044$

* $p < 0,05$

Marín, Troyano y Vallejo (2001) afirman que la percepción que cada uno de nosotros tiene acerca de la vejez no es estática, sino que se altera en función de la edad, dependiendo de la etapa evolutiva en la cual nos encontramos. Relativamente a los ítems mencionados, hay que destacar que:

- La percepción errónea de que las personas mayores sufren más de soledad que los jóvenes, supone un estereotipo en nuestra cultura ya referenciado hace algunos años por Neto (1992a).

- La asociación de la sabiduría a las personas mayores constituye una visión coincidente con los resultados del estudio comparativo de la variable edad en cuanto a los estereotipos relativos a las personas mayores, efectuado por Peral (2000), en el que verificó que la imagen positiva tiende a aumentar con la edad.

- Considerar que la vejez significa regresar a la infancia es una idea que evidencia un paternalismo que tiene por base el aumento de la fragilidad y del grado de dependencia característico del paso de los años (Neves, 2001).

- Considerar que las personas mayores deben evitar manipular máquinas no sustenta los estudios científicos efectuados en este ámbito, como nos señala Palmore (1999), puesto que a pesar de que con el paso de los años existe una ralentización de la capacidad de reacción, los trabajadores mayores desempeñan sus tareas tan eficazmente como los más jóvenes, habiendo sido incluso verificado por las estadísticas existentes para el contexto estadounidense que los trabajadores mayores eran víctimas de un menor número de accidentes laborales.

- El aumento de la edad del encuestado refuerza la tendencia hacia la discrepancia, por lo que se niega la relativa invisibilidad (sub-representación) de la inclusión de personas mayores en campañas publicitarias, señalada por Acosta-Orjuela (2002).

Hipótesis 3

Con la hipótesis 3 pretendíamos saber si existían diferencias significativas entre los estudiantes que habían hecho y los que no habían hecho prácticas con pacientes mayores y la existencia de estereotipos en relación a las personas mayores. Tal como en la hipótesis 1, para verificar dicha significancia (existencia de relación) aplicamos el test exacto de Fisher. Constatamos la existencia de significancia entre las variables “prácticas con pacientes mayores” y la percepción referente a los ítems 03, 22 e 26, como se observa en la tabla XI.

Tabla XI – Distribución de la muestra para los ítems con significancia en función de haber o no hecho prácticas con mayores

Ítem	Variable dependiente	Discrepancia /Concordancia	Variable Indep. - Prácticas con pacientes mayores		Significancia Test Exacto de Fisher
			No (%)	Sí (%)	
03	Las personas mayores tienen poco o ningún deseo sexual	Discrepancia	77,5%	89,7%	$p = \underline{0,029}$
		Concordancia	22,5%	10,3%	
22	Entrar en la etapa de la vejez significa regresar a la infancia	Discrepancia	56,0%	76,5%	$p = \underline{0,002}$
		Concordancia	44,0%	23,5%	
26	Ser mayor significa necesitar mayor atención	Discrepancia	13,7%	4,4%	$p = \underline{0,038}$
		Concordancia	86,3%	95,6%	

Los tests estadísticos revelaron la existencia de diferencias estadísticamente significativas en relación a 3 ítems de orientación negativa, no obstante, apenas en un ítem se verificó concordancia con el mismo, en dicho ítem el grupo de estudiantes que habían hecho prácticas con pacientes mayores (que son los estudiantes del 2º, 3º y 4º curso de la Carrera-Licenciatura en Enfermería, a quienes les fue impartida en el 1er curso una asignatura del ámbito de la gerontología – “Enfermería Gerontológica”, y habiendo ya prestado todos ellos cuidados a miembros del colectivo de la tercera edad) está de acuerdo, en un mayor porcentaje (95,6%), con que “Ser mayor significa necesidad de mayor atención”. Dicha percepción podrá explicarse atendiendo a que en la práctica hospitalaria el alumno se enfrenta directamente con mayores portadores de problemas (enfermedad, abandono

familiar, entre otros), cuya institucionalización presupone siempre la satisfacción de algún tipo de necesidad, y por otro lado, en ese medio, los alumnos tal como los profesionales, se deparan con más frecuencia con la enfermedad que con el envejecimiento normal (Alves y Novo, 2006).

Hipótesis 4

Con la hipótesis 4 pretendíamos saber si existían diferencias significativas entre el lugar de procedencia y la existencia de estereotipos en relación a las personas mayores. Para tal efecto se aplicó también el test exacto de Fisher. Apenas encontramos significancia (relación) entre el “lugar de procedencia” y la percepción del ítem 40 que nos dice que “La mayoría de las personas mayores es analfabeta”, pues el test exacto de Fisher presentaba un $p=0,007$. En cuanto a estas dos variables, a través de la tabla XII verificamos que tanto los estudiantes que proceden de la zona urbana, como los que proceden de la zona rural, discrepan en un porcentaje alto de este ítem, sin embargo, hay que señalar que el porcentaje de discrepancia es mayor en los estudiantes que proceden de la zona Urbana.

Tabla XII – Distribución de la muestra para los ítems con significancia en función del lugar de procedencia

Ítem	Variable dependiente	Discrepancia /Concordancia	Variable Independiente – Lugar de Procedencia		Significancia Test Exacto de Fisher
			Rural (%)	Urbana (%)	
40	La mayoría de las personas mayores es analfabeta	Discrepancia	51,4%	65,3%	$p = 0,007$
		Concordancia	48,6%	34,7%	

Comparativamente, el menor porcentaje de discrepancia por parte de los alumnos provenientes del medio rural con el estereotipo de afirma que “La mayoría de las personas mayores es analfabeta”, probablemente es derivado de la percepción de la existencia de un mayor n.º de mayores iletrados en los medios rurales, como se pudo constatar en el estudio comparativo entre mayores rurales y urbanos, realizado por Paúl, Fonseca, Martín y Amado (2005), a través del cual verificaron que en la comunidad rural el número de iletrados era bastante superior.

Hipótesis 5

Con la hipótesis 5 pretendíamos identificar si existían diferencias significativas entre el

hecho de residir o no con mayores en el lugar de procedencia y la existencia de estereotipos en relación a las personas mayores. Para eso, se aplicó también el test exacto de Fisher. Verificamos la existencia de significancia entre el hecho de “residir o no con mayores” y la percepción de los ítems 03, 07, 10, 13, 18, 22, 26, 27, 29 y 38, como podemos observar en la tabla XIII.

Tabla XIII – Distribución de la muestra para los ítems con significancia en función de residir o no con mayores

Ítem	Variable dependiente	Discrepancia /Concordancia	Variable Independiente - Reside con mayores		Significancia Test Exacto de Fisher
			Sí (%)	No (%)	
03	Las personas mayores tienen poco o ningún deseo sexual	Discrepancia	71,4%	82,4%	$p = \underline{0,035}$
		Concordancia	28,6%	17,6%	
07	Las personas mayores son improductivas	Discrepancia	90,1%	96,1%	$p = \underline{0,034}$
		Concordancia	9,9%	3,9%	
10	Por regla general la vejez constituye la etapa de mayor dependencia	Discrepancia	30,8%	43,3%	$p = \underline{0,037}$
		Concordancia	69,2%	56,7%	
13	Vejez es sinónimo de decadencia física	Discrepancia	54,9%	70,8%	$p = \underline{0,007}$
		Concordancia	45,1%	29,2%	
18	La mayoría de las personas mayores está senil	Discrepancia	81,3%	90,5%	$p = \underline{0,024}$
		Concordancia	18,7%	9,5%	
22	Entrar en la etapa de la vejez significa regresar a la infancia	Discrepancia	46,2%	64,1%	$p = \underline{0,003}$
		Concordancia	53,8%	35,9%	
26	Ser mayor significa necesidad de mayor atención	Discrepancia	5,5%	14,1%	$p = \underline{0,027}$
		Concordancia	94,5%	85,9%	
27	Vejez representa una etapa que requiere mayor preocupación	Discrepancia	4,4%	12,7%	$p = \underline{0,030}$
		Concordancia	95,6%	87,3%	
29	Los mayores pueden ser buenos cuidadores de niños	Discrepancia	15,4%	7,0%	$p = \underline{0,021}$
		Concordancia	84,6%	93,0%	
38	Por regla general las personas mayores son feas	Discrepancia	93,4%	98,9%	$p = \underline{0,008}$
		Concordancia	6,6%	1,1%	

Hay que destacar que el grupo de estudiantes que reside con personas mayores en su lugar de procedencia está de acuerdo con un mayor número de estos ítems de orientación negativa (Vejez = mayor dependencia; Vejez = regresar a la infancia; Vejez = necesidad de mayor atención; Vejez = etapa que requiere mayor preocupación), no obstante, la diferencia es mínima, aunque es importante destacar que relativamente a los 3 ítems de orientación negativa en que la mayor parte de ambos grupos están de acuerdo, este porcentaje ha sido siempre superior para el grupo de los que residen con mayores, resultados que se oponen claramente a la teoría de la hipótesis de contacto social, tal como ocurrió en el estudio de Revenson (1989). En la investigación realizada por Pascual et al. (1997), también se constató que jóvenes estudiantes que convivían con mayores poseían una peor imagen acerca de la vejez, la temían más, resultado percibido, según los autores, como una visión más realista que la que tienen aquellos que no residen con mayores. Es importante resaltar que estos ítems de orientación negativa que obtuvieron concordancia por parte de los dos grupos se incluyen en una componente nítidamente ligada a la estereotipia de la dependencia afectiva y de la atención.

2º Objetivo – Análisis descriptivo y explorador de los distintos atributos

Relativamente a la tercera parte del cuestionario, basándonos en la tabla XIV, constatamos a partir de las medias de intensidad percibidas para los 20 atributos distintos por década y a partir de los cincuenta años, que las medias de intensidad decaen en 16 de los atributos. Los cuatro atributos percibidos en los que tal no ocurre son la experiencia, la sabiduría, la dependencia y la soledad. La experiencia ha sido el atributo percibido de orientación positiva cuya media de intensidad ha crecido a lo largo de todas las décadas, y es el que posee la mayor media de intensidad (8,32) para la década de los 90 años. También la sabiduría ha sido otro de los atributos percibidos de orientación positiva que ha crecido a lo largo de las décadas 50/60, 60/70 y 70/80, manteniendo el mismo valor de intensidad en paso de los 80 para los 90 años. Encontramos asimismo un crecimiento de medias de intensidad a lo largo de las décadas para los atributos dependencia y soledad, no obstante los mismos poseen una orientación negativa, lo que quiere decir que no son deseables. De los 16 atributos que decrecieron a lo largo de las décadas, la agilidad física fue la que más lo hizo, alcanzando la media de intensidad percibida de 3,46 en la quinta década después de los cincuenta años,

mientras que la inteligencia fue la que menos disminuyó.

Tabla XIV – Media de intensidad percibida para los distintos atributos

Atributo	Edad (por década)					Diferencia entre las décadas límite
	50	60	70	80	90	(90-50)
Salud Física	7,97	7,16	6,06	4,89	3,73	-4,24
Salud Mental	8,50	8,03	7,21	6,13	5,17	-3,33
Fuerza Física	8,02	7,22	6,05	4,81	3,61	-4,41
Capacidad de Movimiento	8,32	7,69	6,61	5,21	3,93	-4,39
Capacidad Auditiva	8,34	7,68	6,57	5,30	4,22	-4,12
Felicidad	8,43	8,17	7,73	7,25	6,83	-1,60
Prestigio Social	8,22	7,79	7,10	6,47	5,96	-2,26
Productividad	8,35	7,74	6,48	5,27	4,20	-4,15
Agilidad Física	8,10	7,22	5,95	4,58	3,46	-4,64
Poder	8,19	7,74	6,95	6,15	5,50	-2,69
Recursos Económicos	7,94	7,57	6,69	6,05	5,53	-2,41
Esperanza	8,12	7,48	6,57	5,54	4,70	-3,42
Visión	7,97	7,18	5,96	4,80	3,77	-4,20
Inteligencia	8,27	8,11	7,79	7,40	7,06	-1,21
Memoria	8,24	7,67	6,63	5,57	4,60	-3,64
Sabiduría	7,50	7,73	7,96	8,14	8,14	+0,64
Belleza	8,08	7,76	7,33	7,02	6,82	-1,26
Experiencia	6,94	7,38	7,84	8,15	8,32	+1,38
Dependencia	2,02	2,71	3,93	5,35	6,55	+4,53
Soledad	2,10	2,74	3,80	4,90	5,86	+3,76

La percepción por parte de la muestra, de un declive descendiente a lo largo de las décadas (50-90) para la mayoría de los atributos de las distintas dimensiones (biopsicosociales), que siguen únicamente la perspectiva de unidireccionalidad propia del envejecimiento biológico coincide con una visión negativa estereotipada tradicional, como nos señalan Vega y Bueno (2000), que además es puesta en causa por diversos autores (tales como: Baltes, 1987; Birren, 1995; Fernández-Ballesteros, 2000; Sánchez y Ulacia, 2005, entre otros). Este declive es más acentuado principalmente en lo que respecta a los atributos biológicos (agilidad física, fuerza física, capacidad de movimiento, salud física y visión), en este sentido, también Marco y Delgado (2002) en un estudio realizado con estudiantes, sobre las modificaciones de los estereotipos relativos a los mayores, verificaron que la mayor carga de valorizaciones negativas incidían sobre la dimensión física. Constituyen excepción al declive los atributos de orientación positiva (sabiduría y experiencia), atributos que por diversas veces a lo largo de la historia de la humanidad se han visto

asociados a la imagen de la persona mayor (Minois, 1987/1999). Varios estudios (Villar, 1995; Villar y Triadó, 1999; Rodríguez y Postigo, 2004) sobre la percepción de los distintos atributos (en los que, de estos dos últimos atributos, apenas se incluía la sabiduría) a lo largo del ciclo vital, destacaron la sabiduría como el único atributo que presentaba una ascensión continua desde la infancia hasta la vejez, mientras que todos los demás decaían desde la mediana edad hasta la vejez.

Tomando por base el cálculo de las medias del coeficiente de envejecimiento percibido para los dos grupos etarios (50-70/70-90), se constata la existencia de mayores valores negativos para la franja de los 70/90 respecto esencialmente a la percepción de la capacidad de movimiento, agilidad física, fuerza física, capacidad auditiva, salud física, productividad, visión, salud mental, memoria, esperanza, poder, inteligencia y felicidad. Únicamente se verifican valores negativos más bajos respecto a la percepción de la belleza y de los recursos económicos. Hemos constatado la existencia de mayores valores positivos para la franja de los 50/70 en lo referente a la percepción de la sabiduría y experiencia, y para la franja de los 70/90 relativamente a la percepción de la dependencia y soledad (no obstante, estos atributos son de carácter negativo, por lo tanto no deseables). El declive más acentuado en la mayoría de los atributos en el grupo de los 70-90, coincide con los resultados obtenidos por Hummert (1990), en los que se constató que los jóvenes adultos estudiantes creían que los estereotipos negativos eran más característicos de los mayores de edades más avanzadas (mayores de 75 años).

Basándonos en la visión gráfica de las variables independientes «sexo», «haber hecho o no prácticas con mayores», «lugar de procedencia» y «residir o no con pacientes mayores», de un modo general son pequeñas las diferencias entre las medias de los coeficientes de envejecimiento percibido, aún así, de entre éstas, la variable sexo y la variable edad han sido las que más diferencias estadísticamente significativas han aportado.

3er Objetivo – Verificación de la hipótesis 7

El abordaje del tercer objetivo requiere la verificación de la hipótesis 7. Esta hipótesis pretende determinar si los estudiantes con un coeficiente de envejecimiento percibido más negativo relativamente a los distintos atributos que se dan a partir de la quinta década

poseen puntuaciones más elevadas en las dimensiones resultantes del agrupamiento de estereotipos de orientación negativa. Inicialmente se intentó caracterizar la estructura de los estereotipos presentes en la segunda parte del cuestionario, pero como el análisis factorial representa un procedimiento primordial para la apreciación de la dimensionalidad de los instrumentos, hemos recurrido a él. En el test de KMO se obtuvo un índice de 0,806, catalogado como bueno, lo que con base en la clasificación presentada por Pereira (1999) nos indica que se puede efectuar un análisis de componentes. El test de esfericidad de Bartlett revela que la matriz de correlaciones también es adecuada al análisis de componentes principales, ya que el valor de prueba es menor que 5% (Sig.=0,000). Optamos, en las distintas factorizaciones efectuadas por rotación varimax, por la selección de la reducción en cinco componentes (factores/dimensiones), basándonos en la estructura teórica, donde se destacan los trabajos efectuados en este ámbito. Todos los factores obtenidos presentan un valor propio (eigenvalue) superior a 1, lo que permite su aislamiento, como señalan Almeida y Freire (2003). Del total de 40 ítems que formaban parte de la segunda parte del instrumento de recogida de datos, la reducción a cinco componentes por rotación varimax no incluyó 13 ítems. Los cinco factores encontrados explican 33,983% de la variancia total. El porcentaje de explicación de la variancia y la consistencia interna de cada factor fueron los siguientes:

- El primer factor que está constituido por ocho ítems, explica 15,802% de la variancia y presenta una óptima consistencia interna (alfa de Cronbach=0,705). Este factor incluye un ítem que se correlaciona negativamente con la percepción de orientación positiva, y que es el que afirma que “Las personas mayores no pueden ser muy útiles a la sociedad”.
- El factor 2 que está formado por seis ítems, explica 5,967% de la variancia y presenta también un buen alfa de Cronbach (0,664).
- El factor 3 incluye cinco ítems, explica 4,568% de la variancia y presenta un alfa de Cronbach de 0,618.
- El factor 4 que está constituido por cinco ítems, explica 3,927% de la variancia y presenta un alfa de Cronbach de 0,525. Este factor presenta dos ítems que se correlacionan negativamente con percepciones de orientación positiva, lo que significa que los ítems son entendidos en su forma inversa: “Los mayores no pueden ser buenos cuidadores de niños” y “Las personas mayores no son pozos de sabiduría”.

- El último factor obtenido está formado apenas por tres ítems y explica 3,719% de la variancia, y presenta un alfa de 0,471.

Teniendo en consideración los ítems que forman parte de cada factor, su orientación (-/+) y con base en la estructura teórica del ámbito en estudio, denominamos a los cinco factores de la siguiente forma:

- 1er Factor – Estereotipia del declive cognitivo-motivacional y social, dado que incluye ítems de declive del foro social (decadencia social, abandono social, improductividad, no tener nada que hacer, los mayores no pueden ser útiles a la sociedad), de declive del foro cognitivo (incapaces de aprender cosas nuevas, incapaces de pensar con claridad) y un ítem de percepción negativa motivacional (tristeza).

- 2º Factor – Estereotipia de la dependencia afectiva y atencional, dado que incluye ítems que se relacionan directamente con la dependencia (la vejez es la etapa de mayor dependencia) e ítems que se le presuponen (ser mayor significa necesidad de mayor atención, la vejez representa una etapa que requiere mayor preocupación, vejez significa regresar a la infancia).

- 3er Factor – Estereotipia del deterioro de la imagen física, atendiendo a que incluye ítems que corresponden a manifestaciones físicas inherentes al proceso de envejecimiento (arrugas, canas), así como un ítem que respecta a objetos marcadores de la vejez necesarios a la compensación de alteraciones físicas inherentes al proceso de envejecimiento (gafas, bastón), incluye también un ítem titulado decadencia física y otro denominado muerte (también de índole física).

- 4º Factor – Estereotipia del declive cognitivo-funcional, ya que incluye ítems que se refieren tanto a la dimensión cognitiva (menos inteligentes, no son pozos de sabiduría) como a la capacidad de desempeño (destreza manual, manipulación de máquinas, cuidar niños).

- 5º Factor – Estereotipia del declive de la sexualidad y pérdida de la plasticidad, puesto que incluye un ítem referente a la incapacidad de adaptación (resistencia al cambio), e incluye además dos ítems relacionados con una visión negativa en relación a aspectos de la sexualidad (deseo, capacidad de erección).

Resaltamos, basándonos en las respuestas dadas por los estudiantes, que la mayoría

de la muestra se sitúa por encima del punto medio de la 2.^a dimensión, lo que significa que esta mayoría está de acuerdo con esta dimensión. Estudios realizados en este ámbito, como por ejemplo el de Marín, Troyano y Vallejo (2001) destacan la dependencia como la principal estereotipia psicosocial atribuida a la vejez. Los tests estadísticos aplicados en el cruce entre los coeficientes de envejecimiento percibido para los distintos atributos y las cinco dimensiones obtenidas revelaron que únicamente la relación encontrada al nivel de la segunda dimensión corrobora íntegramente nuestra hipótesis, porque esta relación traduce que los estudiantes con un coeficiente de envejecimiento percibido más negativo en todos los atributos obtenidos (dependencia, felicidad, soledad - para el grupo 50/70; soledad, salud física y felicidad - para el grupo 70/90), poseen puntuaciones más elevadas en esta dimensión, habiendo no obstante que mencionar que a pesar de que el modelo es significativo, la capacidad explicativa de las variables encontradas es muy reducida.

Conclusiones, limitaciones y sugerencias

En este trabajo de investigación, hemos constatado para el contexto espacio-temporal estudiado que nuestra muestra discrepó mayoritariamente con la mayor parte de los estereotipos de orientación negativa y manifestó acuerdo con todos los estereotipos de orientación positiva, resultados estos que están en consonancia con el estudio de Rodríguez y Postigo (2004) y con Royo et al. (2006) que resaltan la tendencia actual hacia una imagen más positiva en relación a la vejez. A pesar del predominio de la discrepancia, conviene alertar que en este estudio se percibe que algunos de los estereotipos persisten. Las categorías de orientación negativa que han merecido concordancia por el porcentaje más alto de la muestra se refieren a una estereotipia de dependencia de la persona mayor (requiere mayor preocupación; necesidad de mayor atención; mayor dependencia; sufre más de soledad que los más jóvenes) y a una estereotipia de decadencia de la imagen física resultante del envejecimiento primario (arrugas).

De las varias hipótesis planteadas en función de las distintas variables independientes relativamente a la escala de estereotipos, se constató que algunos de los estereotipos

insisten en mantenerse en el contexto estudiado. El sexo femenino revelo estar de acuerdo con un mayor n.º de estereotipos de orientación negativa, consecuente con la mayor atribución de los síntomas físicos de envejecimiento de la figura corporal a la etapa de la vejez. En cuanto a la variable edad del alumno, el aumento de la misma se traduce en una tendencia (estadísticamente pequeña, pero existente) hacia: la concordancia con el estereotipo que señala que las personas mayores sufren más de soledad que los jóvenes; la concordancia (o menor discrepancia) con que las personas mayores deben evitar manipular máquinas; hacia la concordancia (o menor discrepancia) de que entrar en la vejez significa regresar a la infancia; hacia la mayor discrepancia con el estereotipo que afirma que la imagen de las personas mayores no debe ser utilizada en campañas publicitarias; hacia el refuerzo de la concordancia con el estereotipo de orientación positiva referente a que las personas mayores son pozos de sabiduría. En cuanto a la existencia de estereotipos dependiendo de si el alumno ha realizado o no prácticas con pacientes mayores, podemos destacar que los alumnos que ya habían realizado prácticas con pacientes mayores, presentaban un mayor porcentaje de concordancia en términos de muestra (estadísticamente significativa) con “Ser mayor significa necesidad de mayor atención”. Respecto al lugar de procedencia apenas se encontró relación de significancia relativamente al mayor porcentaje de discrepancia por parte de los alumnos provenientes del medio urbano con el estereotipo: “La mayoría de las personas mayores es analfabeta”. En relación a la variable “Vivir o no con mayores”, se verificó que el grupo de estudiantes que reside con personas mayores en su lugar de procedencia concuerda con un mayor n.º de ítems de orientación negativa (mayor dependencia, regresar a la infancia; necesidad de mayor atención; etapa que requiere mayor preocupación).

De las medias de intensidad de coeficiente de envejecimiento percibido por los estudiantes para los distintos atributos, a partir de los cincuenta años y por década, se destaca en este estudio la percepción por parte de la muestra, de un declive descendiente a lo largo de las décadas (50-90) para la mayoría de los atributos de las distintas dimensiones (biopsicosociales), que siguen únicamente la perspectiva de unidireccionalidad propia del envejecimiento biológico y que es coincidente con una visión negativa estereotipada tradicional, visión puesta en causa desde hace mucho tiempo por varios autores (tales como: Baltes, 1987; Birren, 1995; Fernández-

Ballesteros, 2000; Sánchez y Ulacia, 2005, entre otros). Basándonos en la percepción relacionada con la delimitación previa de dos grupos etarios (50/70 y 70/90) se constata además un declive más acentuado en la mayoría de los atributos para el grupo de los 70/90. Relativamente a las variables independientes son muy pequeñas las diferencias obtenidas entre las medias de los coeficientes de envejecimiento percibido, pero aun así, cabe destacar que, de entre las mismas, la variable sexo y la variable edad han sido las que más diferencias estadísticamente significativas han aportado.

Al abordar la última hipótesis en estudio, el análisis factorial destacó de la escala de estereotipos, cinco dimensiones (denominadas: estereotipia del declive cognitivo-motivacional; estereotipia de la dependencia afectiva y atencional; estereotipia del deterioro de la imagen física; estereotipia del declive cognitivo-funcional; estereotipia del declive de la sexualidad y pérdida de la plasticidad) que engloban un total de 27 ítems, que corresponden todos ellos a una escala de estereotipos de orientación negativa. Del análisis de las cinco dimensiones, pudimos verificar que para la segunda dimensión (estereotipia de la dependencia afectiva y atencional), la mayoría de la muestra se sitúa por encima del punto medio, lo que se traduce en una mayor concordancia de la muestra hacia esta dimensión. Del cruce entre los coeficientes de envejecimiento percibido para los distintos atributos (correspondiente a las variables independientes) y las cinco dimensiones obtenidas (correspondiente a las variables dependientes), nuestra última hipótesis se corrobora integralmente únicamente al nivel de la segunda dimensión, lo que significa, que a un coeficiente de envejecimiento percibido más negativo en los atributos «dependencia, «felicidad» y «soledad», para el grupo 50/70, y en los atributos «soledad», «salud física» y «felicidad», para el grupo 70/90, corresponden puntuaciones más elevadas en esta dimensión; sin embargo la capacidad explicativa de las variables encontradas es muy reducida.

Relativamente a las limitaciones, hay que resaltar que estos resultados se refieren a la recogida de datos en un determinado contexto espacio-temporal, y dado que los estereotipos están muy influenciados principalmente por parte de los medios de comunicación, así como por el contexto socio-cultural donde tienen lugar, esto significa que los resultados no se deben extrapolar a otros contextos. No obstante, esta elevada

mutabilidad de los estereotipos puede suponer una ventaja, ya que si trabajamos correctamente los factores que los influyen podremos favorecer la imagen positiva en relación al envejecimiento, y a la imagen que representa el hecho de ser mayor.

La evolución de las sociedades va pareja con el respeto que se debe tener hacia todos sus miembros, independientemente de la edad que tengan. Por eso, evitar y combatir la discriminación por motivo de edad debe erigirse en deber cívico, lo que presupone en primer lugar combatir los estereotipos de orientación negativa que terca e injustificadamente se mantienen en la sociedad actual, así como la prevención del resurgimiento de los mismos, y para tal efecto sugerimos:

- Primeramente a nivel político-social, la elaboración e implementación de un Plan Nacional Gerontológico que contemple: la promoción de la imagen positiva de la vejez, del hecho de ser mayor; la promoción y la utilización del gran potencial de contribución de las personas mayores como miembros de la sociedad, destacando sus valores, su experiencia de vida, su sabiduría, entre otros; la promoción de los beneficios de una sana relación entre generaciones; la promoción del espíritu de solidaridad entre generaciones.
- Mayor difusión a través de los medios de comunicación de medidas que promuevan imágenes positivas sobre el envejecimiento, y también el mayor reconocimiento público de la autoridad, de la sabiduría, de la productividad y otras contribuciones consideradas de extrema importancia y que proceden de las personas mayores, tal como fué propuesto por el Plan de Acción Internacional, que vio la luz en 2002 de la mano de las Naciones Unidas.
- Alteración de la actual forma de difusión por parte de la mayoría de los medios de comunicación (TV, radio, internet, periódicos, revistas, entre otros), para que ésta incluya, divulgue y destaque en sus mensajes la heterogeneidad (variabilidad interindividual) y la multidireccionalidad propias de cualquier grupo de mayores, sin difundir contenidos discriminatorios.
- Envolvimiento de la comunidad científica en el abordaje de las distintas temáticas gerontológicas/geriátricas, tanto a través de los medios de comunicación, como a través de la realización de foros, jornadas, congresos, entre otros, pues de esta forma se desmitifican las concepciones erróneas e injustificadas y se vuelve más creíble la transmisión de la información.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
I PARTE – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	4
CAPÍTULO I – OS IDOSOS, A VELHICE E O ENVELHECIMENTO	5
1.1 – Conceitos de Idoso, Velhice e Envelhecimento	5
1.2 – Teorias do Envelhecimento	10
1.2.1 – <i>Teorias do envelhecimento biológico</i>	10
1.2.2 – <i>Teorias psicossociais do envelhecimento</i>	16
1.3 – Alterações Associadas ao Processo de Envelhecimento	22
1.3.1 – <i>Alterações biológicas</i>	22
1.3.2 – <i>Alterações psicossociais</i>	25
1.4 – Sociedade e Velhice no Mundo Contemporâneo.....	30
1.4.1 – <i>O envelhecimento demográfico</i>	31
1.4.2 – <i>Caracterização da população idosa portuguesa</i>	35
1.4.3 – <i>A família e a institucionalização do idoso</i>	38
1.4.4 – <i>Trabalho e reforma</i>	45
1.4.5 – <i>O idoso e as novas tecnologias</i>	47
1.4.6 – <i>Situações de crise na velhice</i>	49
CAPÍTULO II – OS ESTEREÓTIPOS	62
2.1 – Origem e Evolução do Conceito.....	62
2.2 – Abordagens Teóricas no Estudo dos Estereótipos.....	64
2.3 – Funções dos Estereótipos.....	71
2.4 – Estereótipos Acerca das Pessoas Idosas	74
2.4.1 – <i>Perspectiva histórica da construção da imagem do idoso e</i> <i>envelhecimento</i>	74
2.4.2 – <i>Visão negativa e visão positiva na sociedade contemporânea</i>	83
2.4.3 – <i>Influência dos meios de comunicação</i>	95
2.4.4 – <i>A operacionalização da investigação da imagem social nas últimas</i> <i>décadas, acerca das pessoas idosas, da velhice e envelhecimento</i>	98
2.5 – Repercussão dos Estereótipos sobre as Pessoas Idosas	121
II PARTE – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	129
CAPÍTULO III – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA	130

3.1 – Contextualização do Problema e Objectivos do Estudo	130
3.2 – Metodologia	132
3.2.1 – <i>Tipo de investigação</i>	132
3.2.2 – <i>Variáveis de investigação</i>	133
3.2.3 – <i>Hipóteses de investigação</i>	134
3.2.4 – <i>Amostragem</i>	135
3.2.5 – <i>Instrumento de recolha de dados</i>	138
3.2.6 – <i>Procedimentos</i>	141
3.3 – Apresentação e Análise dos dados.....	144
3.4 – Discussão dos Resultados	192
CONCLUSÕES, LIMITAÇÕES E SUGESTÕES	204
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	210
ANEXOS	233
ANEXO I – Instrumento de colheita de dados	234
ANEXO II – Autorização para aplicação do questionário nas escolas seleccionadas.....	243

ÍNDICE DE FIGURAS:

Figura 1 – Representação esquemática do envelhecimento biológico	11
Figura 2 – Representação esquemática de exemplos do padrão psicológico	17
Figura 3 – Pirâmide etária de Portugal, 1991/2001	32
Figura 4 – Pirâmides etárias, Portugal 1960, 2004 e 2050	34
Figura 5 – Escala gráfica para percepção dos padrões de envelhecimento	105
Figura 6 – Padrões Percebidos de envelhecimento.....	106
Figura 7 – Perfis dos clusters de alguns estereótipos apresentados em gráficos de barra de erros	154
Figura 8 – Histogramas das pontuações do factor 1,2,3,4 e 5	182

ÍNDICE DE GRÁFICOS:

Gráfico 1 – Distribuição da amostra por sexo	145
Gráfico 2 – Distribuição da amostra segundo o curso que frequenta	146
Gráfico 3 – Distribuição da amostra em função de ter ou não estagiado com utentes idosos	147
Gráfico 4 – Distribuição da amostra segundo a proveniência	147
Gráfico 5 – Distribuição da amostra em função de residir ou não com idosos	148
Gráfico 6 – Percepção gráfica dos distintos atributos a partir dos 50 anos	168
Gráfico 7 – Média do coeficiente de envelhecimento percebido.....	169
Gráfico 8 – Percepção gráfica dos distintos atributos para os grupos 50/70 e 70/90 anos, em função do sexo	170
Gráfico 9 – Percepção gráfica dos distintos atributos para os grupos 50/70 e 70/90 anos, em função de ter estagiado ou não com utentes idosos	173
Gráfico 10 – Percepção gráfica dos distintos atributos para os grupos 50/70 e 70/90 anos, em função do local de proveniência	175
Gráfico 11 – Percepção gráfica dos distintos atributos para os grupos 50/70 e 70/90 anos, em função de residir ou não com idosos	176

ÍNDICE DE QUADROS:

Quadro 1 – Classificação das teorias de env. biol. segundo Zhores Medvedev	12
Quadro 2 – Desenvolvimento psicossocial segundo Erik Erikson	18
Quadro 3 – Princípios básicos da teoria da desvinculação	21
Quadro 4 – Modificações biológicas estruturais ligadas à senescência.....	23
Quadro 5 – Modificações biológicas funcionais ligadas à senescência.....	24
Quadro 6 – Falsas crenças acerca da sexualidade	57
Quadro 7 – Origem e desenvolvimento da ciência e de serviços no âmbito dos idosos, e promoção de acções face ao envelhecimento populacional – Séc. XX/XXI	82
Quadro 8 – Provérbios de cariz negativo acerca da velhice	85
Quadro 9 – Facts on Aging Quiz I (de Erdman Palmore)	101
Quadro 10 – Análise Factorial de um questionário construído para avaliar os estereótipos negativos face à velhice	120
Quadro 11 – Tipos de Idadismo segundo Erdman Palmore	121

ÍNDICE DE TABELAS:

Tabela 1 – Imagem dos enfermeiros acerca da velhice por ordem de frequência	115
Tabela 2 – N.º de estudantes do ensino superior que estudam no distrito de Bragança	136
Tabela 3 – Estimativa do n da amostra em função do N da População	137
Tabela 4 – Caracterização da idade da amostra	145
Tabela 5 – Distribuição da média de idades por curso	146
Tabela 6 – Distribuição dos estudantes em função do n.º de idosos com quem residem ...	148
Tabela 7 – Estereótipos que os estudantes compartilham	150
Tabela 8 – Estereótipos que os estudantes não compartilham	151
Tabela 9 – Perfis de Médias de cada estereótipo por cluster e Análise de Variância entre clusters	153
Tabela 10 – Distribuição da amostra para o item “As pessoas idosas são incapazes de mudar e adaptar-se a novas situações” segundo o sexo	155
Tabela 11 – Distribuição da amostra para o item “Quando vejo rugas da pele lembra-me a velhice” segundo o sexo	156
Tabela 12 – Distribuição da amostra para o item “Os idosos não têm capacidade para manter uma erecção” segundo o sexo	156
Tabela 13 – Distribuição da amostra para o item “As pessoas idosas não devem desempenhar tarefas que exigem maior destreza manual” segundo o sexo	157
Tabela 14 – Relação entre a idade e os estereótipos	158
Tabela 15 – Distribuição da amostra para o item “As pessoas idosas têm pouco ou nenhum desejo sexual” em função de ter efectuado ou não estágio com idosos	159
Tabela 16 – Distribuição da amostra para o item “Entrar na etapa da velhice significa retornar à infância” em função de ter efectuado ou não estágio com idosos	159
Tabela 17 – Distribuição da amostra para o item “Ser-se idoso significa necessidade de maior atenção” em função de ter efectuado ou não estágio com utentes idosos	160
Tabela 18 – Distribuição da amostra para o item “A maioria das pessoas idosas é analfabeta” em função do local de proveniência	160
Tabela 19 – Distribuição da amostra para o item “As pessoas idosas têm pouco ou nenhum desejo sexual” em função de residir ou não com idosos	161

Tabela 20 – Distribuição da amostra para o item “As pessoas idosas são improdutivas” em função de residir ou não com idosos.....	162
Tabela 21 – Distribuição da amostra para o item “Regra geral a velhice constitui a etapa de maior dependência” em função de residir ou não com idosos	162
Tabela 22 – Distribuição da amostra para o item “Velhice é sinónimo de decadência física” em função de residir ou não com idosos	163
Tabela 23 – Distribuição da amostra para o item “A maioria das pessoas idosas está senil” em função de residir ou não com idosos	163
Tabela 24 – Distribuição da amostra para o item “Entrar na etapa da velhice significa retornar à infância” em função de residir ou não com idosos.....	164
Tabela 25 – Distribuição da amostra para o item “Ser-se idoso significa necessidade de maior atenção” em função de residir ou não com idosos.....	164
Tabela 26 – Distribuição da amostra para o item “Velhice representa uma etapa que requer maior preocupação” em função de residir ou não com idosos	165
Tabela 27 – Distribuição da amostra para o item “Os idosos podem ser bons cuidadores de crianças” em função de residir ou não com idosos.....	165
Tabela 28 – Distribuição da amostra para o item “Regra geral as pessoas idosas são feias” em função de residir ou não com idosos	166
Tabela 29 – Média de intensidade percebida para os distintos atributos.....	167
Tabela 30 – Atributos que apresentam relação significativa com a variável “sexo”.....	171
Tabela 31 – Atributos que apresentam relação significativa com a variável “Idade”	172
Tabela 32 – Carga factorial dos itens por factor, % de variância explicada e consistência interna de cada factor	179
Tabela 33 – Análise descritiva das pontuações obtidas para cada um dos cinco factores.....	181
Tabela 34 – Análise de Regressão pelo método Stepwise, para o factor 1	185
Tabela 35 – Análise de Regressão pelo método Stepwise, para o factor 2	186
Tabela 36 – Análise de Regressão pelo método Stepwise, para o factor 3	188
Tabela 37 – Análise de Regressão pelo método Stepwise, para o factor 4	190
Tabela 38 – Análise de Regressão pelo método Stepwise, para o factor 5	191

INTRODUÇÃO

Em Portugal, os últimos Censos ocorridos em 2001 (INE, 2002a) revelam-nos que o envelhecimento demográfico é uma realidade, verificando-se pela primeira vez um maior número de pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, relativamente à camada populacional mais jovem (0-15 anos). As Projeções do INE (2005) relativas à População Residente em Portugal, no horizonte 2000-2050, apontam para um envelhecimento continuado da população, consequência do previsível aumento da esperança de vida bem como da manutenção dos níveis de fecundidade abaixo do limiar de substituição das gerações, em que cada vez mais um maior n.º de pessoas consegue alcançar as idades mais avançadas. Poder alcançar a última etapa da vida (velhice) é um anseio de muita gente, contudo esse anseio por vezes parece contrastar com um sentimento de temor. Na nossa sociedade, frequentemente deparamo-nos com estereótipos de orientação negativa acerca das pessoas idosas, apontadas como pessoas doentes, dependentes, improdutivas, conservadoras, assexuadas, entre outros. Os estudos científicos que abordaram os estereótipos acerca dos idosos, realizados essencialmente desde o final da primeira metade do século XX, decorrentes do impulso crescente da pressão social e demográfica, revelaram maioritariamente durante várias décadas a existência de um predomínio injustificado de uma imagem negativa acerca do envelhecimento e acerca das pessoas idosas, tendência esta destacada e contestada por vários autores (Lehr, 1977/1980; Palmore, 1988; Laforest, 1989/1991; Moragas, 1995; Belsky, 1999/2001; Motte & Tortosa, 2002; entre muitos outros), pois tais estereótipos não passam de falsas concepções que podem traduzir-se em barreiras à funcionalidade dos idosos, dado que influenciam negativamente o status social do ser-se idoso. A expressão de preocupação e de contestação para com estas erróneas generalizações tomariam maior visibilidade a partir da

II Assembleia Mundial para o Envelhecimento (Nações Unidas), realizada em Abril de 2002, de onde surgiria um Plano de Acção Internacional (Nações Unidas, 2002) com o intuito de se promover uma imagem positiva do envelhecimento, bem como de promover um maior reconhecimento público da autoridade, da sabedoria, da produtividade e outras contribuições importantes das pessoas idosas. Actualmente são frequentes as exteriorizações de uma cultura anti-envelhecimento, reforçada pelos mass media, onde se inclui a população estudantil, cujas suas percepções acerca da velhice parecem seguir um modelo característico atribuído ao envelhecimento biológico (declive e morte), atribuição esta, detentora por si só, de um conotação negativa. Neste sentido, questionamo-nos se de facto os estereótipos de orientação negativa acerca das pessoas idosas predominarão na população estudantil do ensino superior frequentado no distrito de Bragança.

Para verificarmos o predomínio de estereótipos recorreremos às metodologias quantitativas. Nesse sentido, construiu-se um questionário com base na vasta bibliografia existente acerca da temática e com base nos estudos de investigação efectuados no âmbito, no qual comporta três partes, uma primeira parte referente à caracterização da amostra, uma segunda parte consignada a uma escala de estereótipos (40 itens), e por fim uma terceira parte constituída por 20 pequenas escalas gráficas que visam recolher a percepção do padrão de desenvolvimento para com distintos atributos do ser humano a partir dos 50 anos (correspondente a um coeficiente de envelhecimento percebido).

Este trabalho encontra-se estruturado essencialmente em duas partes, a primeira parte é consignada à contextualização teórica acerca da problemática em estudo, visando obter fundamentação e justificação para a análise e interpretação dos dados obtidos, enquanto que a segunda parte é consignada à investigação empírica.

A primeira parte encontra-se dividida em dois capítulos, em que no primeiro capítulo contextualiza-se o envelhecimento, a velhice e o ser-se idoso. Apresentam-se também as teorias de envelhecimento biopsicossociais, bem como as alterações decorrentes do processo de envelhecimento. Este capítulo finaliza com a abordagem da pessoa idosa no mundo contemporâneo. No segundo capítulo aborda-se a origem e a evolução do conceito de estereótipo, abordam-se as distintas perspectivas teóricas no estudo (génese/formação) dos estereótipos, e as suas funções. Aborda-se numa perspectiva histórica, a imagem social tida acerca das pessoas idosas, até à actualidade. Destaca-se ainda a influência dos mass media na produção e manutenção dos estereótipos e apresentam-se as investigações efectuadas no âmbito ao longo dos últimos tempos. Surge um subcapítulo final relativo às repercussões dos estereótipos sobre as pessoas idosas.

A segunda parte, constituída pelo terceiro capítulo, é dedicada à investigação propriamente dita. Neste capítulo justifica-se a escolha do tema, enumeram-se os objectivos deste estudo, apresenta-se o tipo de metodologia seguida, bem como o tipo de desenho de investigação. Segue-se a apresentação das variáveis e das hipóteses de investigação. Justificam-se as opções metodológicas tomadas relativamente à escolha da amostra, apresentando-se o método de amostragem. Posteriormente tendo por base a vasta bibliografia e os vários trabalhos de investigação elaborados no âmbito desta investigação (num contexto espaciotemporal distinto) é apresentado o instrumento de recolha de dados, bem como os respectivos passos seguidos para a sua construção e posterior aplicação. Efectuada a aplicação do questionário, construída a respectiva base de dados, procede-se ao tratamento estatístico. Segue-se a apresentação, análise e a discussão dos resultados. Por fim, com base nos resultados da investigação, sistematizam-se as conclusões e apresentam-se as sugestões pertinentes.

I PARTE – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

I

CAPÍTULO I – OS IDOSOS, A VELHICE E O ENVELHECIMENTO

O idoso, a velhice e o envelhecimento constituem distintos objectos de estudo da gerontologia que podem ser abordados desde uma perspectiva de investigação básica e aplicada (Fernández-Ballesteros, 2000). Segundo a autora, a multidisciplinaridade constitui uma das principais características da gerontologia, pois a abordagem do idoso, da velhice e do envelhecimento requer uma diversidade de conhecimentos. São várias as disciplinas, como a biologia, a psicologia, as ciências sociais em geral (sociologia, ciências jurídicas, políticas económicas, etc), as humanidades, que participam e contribuem para o melhor conhecimento do objecto de estudo. Foi essencialmente a partir da década de 80 que a gerontologia começou a ganhar estatuto, fruto da sistematização dos conhecimentos multidisciplinares acerca do idoso e do envelhecimento publicados nos primeiros manuais. Esta visão pluridisciplinar do fenómeno tornou-se um ponto fulcral para o seu desenvolvimento, pois é “esta abordagem múltipla que caracteriza a gerontologia, é este diálogo árduo e aberto que torna fascinante esta área do saber” (Paúl, 2005, p. 25).

1.1 – Conceitos de Idoso, Velhice e Envelhecimento

O IDOSO

Etimologicamente velhice deriva de velho, que procede do latim *veclus*, *vetulum*, definido como “pessoa de muita idade” (Fernández-Ballesteros, 2000, p. 39). Ao longo de

todo o seu livro “Velhice: Aspectos Biopsicossociais” Zimerman (2000) prefere utilizar a palavra velho para se referir às pessoas idosas, tendo realçado este propósito no prefácio do mesmo, pois para a mesma o termo não é depreciativo, pelo contrário pode ser entendido como carinhoso. Oliveira (2005) realça a apresentação deste facto, contudo atendendo que em português o termo “velho” possui uma certa conotação depreciativa, para o autor é preferível utilizar o termo “idoso”. A língua espanhola frequentemente utiliza o termo “maiores” para designar as pessoas idosas.

A VELHICE

É extremamente difícil definir velhice, pois a mesma pode-se definir segundo diversos pontos de vista. Contudo, atendendo às numerosas definições que se encontram na literatura gerontológica, pode-se reagrupar as mesmas segundo várias dimensões, são elas: cronológica, biológica e sociológica (Laforest, 1989/1991). Outros autores acrescentam novas dimensões, como por exemplo a dimensão psicológica e a dimensão funcional.

Dimensão cronológica

A definição da velhice com base nos anos do indivíduo inclui-se numa dimensão denominada de cronológica. Esta delimitação não tem sido consensual ao longo dos tempos, pois tal como nos cita o autor: “a relatividade da velhice cronológica depende da subjectividade de quem a define, ... de factores culturais ... de considerações administrativas ou inclusivamente de políticas” (Laforest, 1989/1991, p.38). De acordo com Neugarten (1974, 1996/1999) a velhice cronológica delimita-se em duas categorias: uma que abarcaria os indivíduos dos 55 anos até aos 75 anos (que

os denominou de jovens-velhos), outra que abarcaria os indivíduos a partir dos 75 anos (que os denominou de velhos-velhos). Fontaine (1999/2000) define velhice como “o estado que caracteriza um grupo de determinada idade, o das pessoas com mais de sessenta anos” (p. 14). Para Grazina e Oliveira (2001) a velhice é o período de vida que tem início pelos 65 anos e finaliza com a morte, contudo em termos fisiológicos é extremamente difícil circunscrever os limites temporais. Oliveira (2005) apresenta-nos uma divisão que abrange um leque de vida bastante amplo, utilizada nos EUA, em que cronologicamente se distinguem três faixas etárias a partir dos 65 anos, são elas: idosos jovens (65-75 anos), idosos (75-84 anos) e muito idosos (85 e mais anos).

Dimensão biológica

A dimensão biológica contempla a velhice com base nas alterações estruturais e funcionais que se verificam no organismo humano, à medida que os anos passam (Laforest, 1989/1991). Num exemplo apresentado por Carrajo (1999, p.78), a decadência biológica surge com a idade: “os tecidos perdem flexibilidade e capacidade de recuperação; produzem-se alterações da imunidade face às doenças; os órgãos e sistemas corporais reduzem a velocidade e a capacidade das suas funções...”.

Dimensão sociológica

Laforest (1989/1991) salienta que a definição genérica proporcionada pelas ciências biológicas surge implicitamente ou explicitamente na definição de velhice elaborada pelas ciências sociais, pois reporta-nos que a decadência biológica que advém do processo de envelhecimento afecta mais cedo ou mais tarde a participação social do indivíduo. A dimensão sociológica contempla a velhice com base na idade laboral profissional,

considerando que esta se inicia com a reforma.

Dimensão funcional

A velhice funcional “corresponde à utilização do termo «velho» como sinónimo de incapaz ou limitado e reflecte a assimilação tradicional de velhice e limitações” (Moragas, 1995, p.23). Para o autor a velhice não representa necessariamente incapacidade, e mesmo que exista uma redução da capacidade funcional devido à passagem dos anos, tais limitações não impedem o desenvolvimento de uma vida plena. Para este autor, as barreiras da funcionalidade dos idosos resultam mais frequentemente das deformações e mitos acerca da velhice, do que propriamente das deficiências reais.

Dimensão psicológica

A dimensão psicológica contempla a velhice com base nas alterações cognitivas e afectivas que se verificam com o avançar da idade (Carrajo, 1999).

O ENVELHECIMENTO

O envelhecimento é um processo dinâmico e progressivo, responsável por alterações morfológicas, bioquímicas e psicológicas. Estas alterações contribuem para uma perda da capacidade do indivíduo ao meio ambiente e para a sua maior vulnerabilidade aos processos patológicos que acabam por torná-lo dependente e levá-lo à morte (Filho e Alencar, 1998). O conceito de envelhecimento forma-se com base numa pluralidade de elementos, tais como os valores, os padrões de comportamento, o sistema moral, os costumes e as experiências prévias de cada um, fruto da própria formação de cada indivíduo e/ou fruto do contacto social (Almeida, 1999).

Fontaine (1999/2000, p. 11) refere-nos que o envelhecimento:

É um fenómeno que pode ser apreendido a diversos níveis. Antes de mais biológico, porque os estigmas da velhice, de certa forma mais palpáveis, se traduzem com a idade por um aumento das doenças, por modificações do nosso aspecto, tal como a nossa forma de nos deslocarmos, ou ainda pelas rugas que pouco a pouco sulcam a nossa pele; social, com a mudança de estatuto provocada pela passagem à reforma; finalmente psicológica, com as modificações das nossas actividades intelectuais e das nossas motivações.

Envelhecimento Primário / Secundário / Terciário

Podemos considerar o processo de envelhecimento segundo dois tipos: primário ou secundário (Berger & Mailloux-Poireier, 1995). O envelhecimento primário corresponde ao envelhecimento normal, isto é, corresponde às mudanças intrínsecas ao processo de envelhecimento (são exemplos os cabelos brancos, as rugas, entre muitas outras características). As alterações próprias do processo de envelhecimento primário são universais, irreversíveis, inevitáveis e intrínsecos à nossa constituição como seres humanos. O envelhecimento secundário corresponde ao aparecimento de lesões patológicas (por vezes múltiplas) que surgem com a idade, mas que se mantêm potencialmente reversíveis. Para os autores, nem sempre é fácil distinguir o envelhecimento primário (não patológico) do secundário (patológico), pois o envelhecimento trata-se de um processo individual, que varia substancialmente de indivíduo para indivíduo. Para além do envelhecimento primário e secundário, Birren e Schroots (1996) referem-se a um terceiro tipo denominado de envelhecimento terciário que diz respeito às alterações que ocorrem de uma forma precipitada num dado período da velhice, que precedem imediatamente a morte, o que sugere a

possibilidade da existência de um envelhecimento acelerado.

O envelhecimento não patológico é caracterizado por Rowe e Kahn (1997) em dois grupos, tendo por base o risco, são eles:

- o envelhecimento usual – corresponde ao envelhecimento que cursa sem patologia, contudo o risco de a contrair é elevado.
- o envelhecimento com êxito - corresponde ao envelhecimento cujo risco de doença e de incapacidade é baixo, estando associado a um alto nível de funcionamento físico e cognitivo, com um compromisso activo com a vida.

1.2 – Teorias do Envelhecimento

De ano para ano aumenta o número de propostas que visam explicar o processo de envelhecimento (Pinto, 2001). Para esta autora, tal se deve não só à inquietude dos investigadores, mas também porque todos os dias, directamente ou indirectamente o envelhecimento nos diz respeito. De seguida vamos abordar brevemente as principais teorias biológicas e psicossociais do envelhecimento.

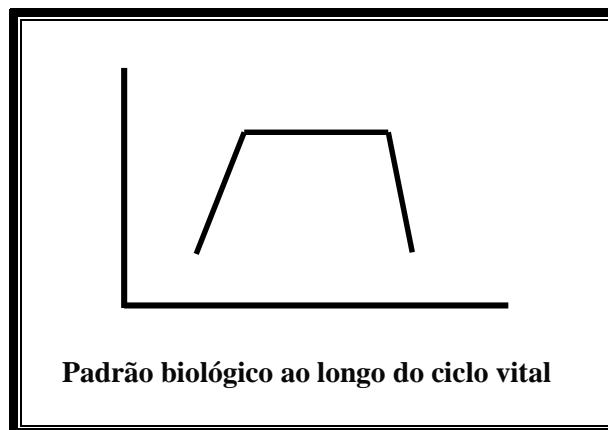
1.2.1 – *Teorias do envelhecimento biológico*

Segundo Fernández-Ballesteros (2000), os biólogos têm contribuído com imensas teorias que tentam explicar o processo de envelhecimento. Para a autora, a teoria biológica contempla que o organismo individual experimenta três etapas essenciais, são elas: crescimento e desenvolvimento; maturação; declive e morte. Todas estas etapas se sucedem, a não ser que existam erros biológicos ou morte provocada por um acidente do

organismo, bem como, devido a uma alteração plástica e/ou funcional que provoque a morte do indivíduo.

A perspectiva de unidireccionalidade seguida pelo envelhecimento biológico, supõe segundo Vega e Bueno (2000) a infância como um período de crescimento, antagonizando com a etapa da velhice, que a considera como um período de deterioração, trata-se de uma visão coincidente com as expectativas e os estereótipos tradicionais que convergem unicamente para um sentido negativo. Na figura 1 apresentada em seguida podemos observar a representação esquemática do envelhecimento biológico.

Figura 1 – Representação esquemática do envelhecimento biológico



Fonte: *Gerontologia social. Una Introducción.* (p.46), Fernández-Ballesteros, R. (2000), In R. Fernández-Ballesteros (ed.), *Gerontologia Social.* Madrid: Ediciones Pirámide.

AS TEORIAS BIOLÓGICAS

Robert (1995a) refere-nos que a maioria dos autores que se dedicaram a passar em revista as teorias do envelhecimento, expuseram as mesmas por ordem cronológica de origem. Outros tentaram uma classificação racional. Para o autor, uma das classificações mais completas é a de Zhores Medvedev que recensou cerca de 300 teorias que visavam

explicar o envelhecimento, respeitantes ao período compreendido entre o século XVIII e 1990, agrupando-as em várias subclasses, tal como se apresenta em seguida no quadro 1.

Quadro 1 – Classificação das teorias de env. biol. segundo Zhores Medvedev

Categorias	Alguns exemplos das teorias agrupadas
I – Teorias fundadas em modificações com a idade	Teorias do desgaste e, em geral, teorias fundadas na acumulação progressiva de modificações degenerativas nos órgãos.
II – Teorias fundadas numa lesão «dano»	Atribuição do envelhecimento à acção de agentes exteriores ou interiores ao organismo, podendo desencadear a sua degenerescência.
III – Teorias geneticamente programadas	Teorias fundadas na continuidade dos mecanismos do desenvolvimento e diferenciação, através da maturação e do envelhecimento.
IV – Teorias evolucionistas	Estas teorias tendem a propor uma explicação para a grande diversidade dos tempos máximos de vida das espécies, de algumas horas a mais de um século, aparecidas no decurso da evolução.
V – Teorias específicas dos tecidos	Inúmeras teorias atribuem a primazia às modificações de certos tecidos ou de certas células com a idade.
VI – Teorias matemáticas e físico-matemáticas	Estas teorias são fundadas em cinéticas de mortalidade, o efeito das radiações, e tratam dos aspectos cibernéticos do envelhecimento.
VII – Teorias unificadas	Agrupam vários aspectos das teorias precedentes, dificilmente verificáveis no plano experimental, e assentam em considerações puramente especulativas.

Fonte: *O Envelhecimento: Factos e Teorias* (p.131,132), Robert, L. (1995). Lisboa: Instituto Piaget.

Medina (1996/2003) salienta que tendo por base a análise de dados relativos ao envelhecimento celular, se destacam duas grandes teorias que intitulou de “acumulação de erros” e “activação genética programada”. A primeira considera que o envelhecimento deve-se a uma perda da capacidade de reparar todas as falhas que ocorrem normalmente, a segunda explica que o envelhecimento se deve a uma conspiração genética, devido a uma bateria de genes suicidas que se activam em determinados momentos, levando à debilitação celular, à deterioração dos tecidos. O autor cita-nos que “estas duas hipóteses não são mutuamente excludentes” (p. 224). Na mesma linha de pensamento, Pinto (2001) refere-nos que as teorias quanto às causas do envelhecimento podem ser divididas em dois

grandes grupos, denominadas de teorias estocásticas e teorias deterministas. As teorias estocásticas “defendem que o envelhecimento é uma consequência de lesões sucessivas, que vão conduzir ao desgaste e à morte” (p.18). Segundo a autora, fazem parte deste grupo a teoria do desgaste, a teoria do erro catastrófico, a teoria do entrecruzamento, entre outras. As teorias deterministas consideram que o “envelhecimento é uma consequência directa de um programa genético, sendo o genoma um tipo de relógio molecular, biológico” (p.18). São exemplos, a teoria genética, a teoria das telomerasas, entre outras.

TEORIAS ESTOCÁSTICAS

Teoria do desgaste natural

Segundo Hayflick (1996/1999) a teoria do desgaste natural foi uma das primeiras teorias do envelhecimento, sendo postulada em 1882 pelo biólogo alemão Weismann, que nos diz que o envelhecimento ocorre porque os sistemas vitais acumulam lesões nas actividades bioquímicas normais das células, que advêm do desgaste natural do dia a dia.

Teoria do erro catastrófico

Segundo Filho e Alencar (1998) para explicar o envelhecimento Leslie Orgel propõe-nos uma teoria que denominou de “*erro catastrófico*”. Esta teoria postulada em 1963, sugere que com a idade surgem erros na produção enzimática, principalmente ao nível das polimerases, enzimas estas que interferem na síntese do ARN (ácido ribonucleico). A transcrição por uma enzima defeituosa poderia implicar a suspensão e/ou inversão de uma ou mais sequências de bases púricas e/ou pirimídicas que constituem o código genético. A reunião de sequências incorrectas de aminoácidos seria a consequência da transcrição do equívoco, que por sua vez levaria à produção de proteínas anormais que acabariam por

causar uma deterioração orgânica, bem como a morte.

Teoria do entrecruzamento

Esta teoria postulada pelo gerontologista suíço Fritz Verza, argumentava que com a idade, algumas proteínas, tais como o colagénio, “vão-se entrecruzando cada vez mais, podendo impedir os processos metabólicos, obstruindo a passagem de nutrientes e dos resíduos para dentro e para fora das células” (Hayflick, 1996/1999, p. 319). Este fenómeno de entrecruzamento poderia ocorrer também nos ácidos nucleicos, pela acção de diversos agentes (tais como, substâncias químicas), que modificariam o código e a informação genética, levando a graves consequências.

Teoria dos radicais livres

Segundo Filho e Alencar (1978) foi Denham Harman que em 1956 propôs que o envelhecimento e a morte celular resultavam dos efeitos nefastos causados pela formação dos radicais livres produzidos durante o metabolismo celular dos organismos aeróbios. Durante a respiração celular originam-se radicais livres de oxigénio (peróxido, superóxido e hidroxilo) que produzem alterações na função celular. Os radicais livres reactivos formados nas células podem oxidar biomoléculas e conduzir à morte celular e à lesão tecidual. Os lípidos são os mais susceptíveis à acção dos radicais livres.

TEORIAS DETERMINISTAS

Teoria genética / Teoria do relógio mitótico

A teoria genética considera que o envelhecimento é a última etapa de um processo genético previamente definido e orientado (Berger & Mailloux-Poireier, 1995). Segundo Ermida

(1999), desde 1961, as experiências de Hayflick representam um marco fundamental em gerontologia, ao estabelecerem o paradigma e o modelo experimental do envelhecimento celular, afastando e contrariando a ideia de imortalidade celular proposta pelo médico francês Alexis Carrel. A descoberta de que os fibroblastos embrionários se multiplicam durante meses até 50 vezes, mas pouco a pouco deixam de o fazer, acabando por morrerem, deu origem à explicação do envelhecimento como incapacidade progressiva das células para assegurarem a sua substituição, com a morte consequente. O envelhecimento do organismo seria assim assimilável ao envelhecimento celular. Também Pinto (2001) nos refere que a teoria genética tem por base os estudos efectuados por Hayflick, na medida em que se baseia no número máximo de populações celulares, conhecido como “limite de Hayflick”. Na senescência replicativa o potencial de replicação apresenta uma correlação inversa com a idade do dador, isto é “quanto mais idoso é o dador, menor é a sua capacidade de replicação celular, sendo este fenómeno geneticamente programado e pré-determinado no genoma” (Pinto, 2001, p. 19).

Teoria das telomerasas

A teoria das telomerasas defende que a diminuição gradual dos telómeros vai implicar que a célula abandone o ciclo celular e os cromossomas fiquem como que "pegajosos" e fracturem (Pinto, 2001).

Segundo Pérez (2004) a telomerase é a enzima que assegura a integridade dos telómeros, assim, dado que a divisão celular implica a redução da longitude dos telómeros, à medida que estes encurtam diminui então a esperança de vida, visto que a capacidade de replicação acaba por extinguir-se. O encurtamento dos telómeros será assim responsável pelo processo de envelhecimento.

Teoria imunológica

Alguns autores consideram que com o passar dos anos, surgem alterações ao nível do sistema imunológico que podem ter um papel etiológico no envelhecimento. Especificam que o envelhecimento se deve à formação de anticorpos que atacariam as nossas próprias células sãs, aumentando assim a perda celular (Belsky, 1999/2001).

Os limites das teorias

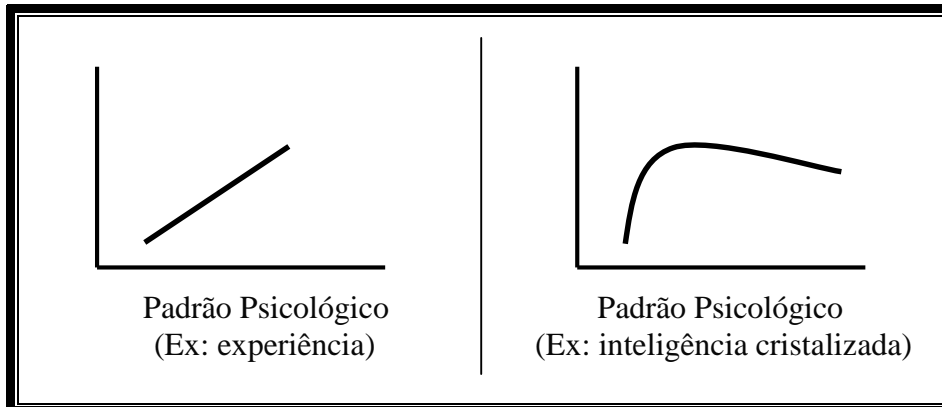
Robert (1995) salienta-nos que a compreensão do envelhecimento não pode ser explicado através de uma única causa, de um único mecanismo. Compartilhando da mesma opinião, Reis (1995) acrescenta ainda que “o envelhecimento está simultaneamente sobre a acção do genoma e do ambiente, sem que se possa atribuir um valor específico a cada um destes factores” (p.40). Segundo Birren (1995) a visão simplista e unidimensional do envelhecimento humano tem sido substituída por uma visão multidimensional, pois o envelhecimento é um processo dinâmico que não poderá ser explicado tendo por base unicamente a categoria biológica. Desta forma torna-se pertinente a abordagem do processo do envelhecimento segundo outras dimensões, como por exemplo as que se seguem (psicológica e sociológica).

1.2.2 – Teorias psicossociais do envelhecimento

As teorias psicossociais do envelhecimento reportam-se às teorias psicológicas e sociológicas. Para Fernández-Ballesteros (2000), não existem propriamente teorias psicológicas explicativas do envelhecimento e da velhice, existem sim descrições de alterações que se produzem com a idade, no funcionamento psicológico das pessoas. Esta autora alerta-nos que, com a idade, também ocorrem alterações em termos de crescimento,

estabilidade ou declive, contudo não seguem o padrão habitual apontado no padrão biológico, podem assim assumir várias formas, como se pode observar nos exemplos do padrão psicológico, apresentados seguidamente de forma esquemática na figura 2.

Figura 2 – Representação esquemática de exemplos do padrão psicológico



Fonte: *Gerontologia social* (p.46), Fernández-Ballesteros, R. (2000), In R. Fernández-Ballesteros (ed.), *Gerontologia Social*. Madrid: Ediciones Pirámide.

Teorias do desenvolvimento

Em Psicologia, numerosas teorias do desenvolvimento humano postulam a existência de uma série de etapas ou estádios na vida do ser humano. A maior parte delas ocupam-se das primeiras etapas da vida, como o fez Piaget. O psicólogo alemão Erik Erikson aporta uma visão evolutiva, desde o nascimento até à morte. Erikson (1963; 1982; 1997/2000) descreve o ciclo de vida humana como uma sequência universal de oito estádios, correspondendo o primeiro estádio à primeira infância e o último à velhice (quadro 2). Este último estádio caracteriza-se pela integridade/desespero. Neste estádio o indivíduo faz uma retrospectiva da sua vida até ao presente, cujo grau de desgosto e de desespero que o mesmo experimenta dependerá em parte de como considera que foi essa vivência. Se o indivíduo lamenta frequentemente as ocasiões perdidas, o desespero expressa o sentimento de que o tempo que lhe resta para poder tentar iniciar uma nova vida é demasiado curto. Também a confrontação do indivíduo com a diminuição das suas capacidades físicas

leva-o a experimentar um maior desespero, sentindo-se aterrorizado pela possível morte iminente. Se pelo contrário, o indivíduo possui um sentimento de realização pessoal, se é capaz de aceitar o decurso dos eventos passados, as decisões tomadas, então não temerá a morte. A integridade parece trazer consigo uma exigência peculiar: a sabedoria. Esta constitui tal como nos cita Erikson (1997/2000, p. 67) uma “reação face ao sentimento de um crescente estado de acabamento, confusão, desamparo”.

Quadro 2 – Desenvolvimento psicossocial segundo Erik Erikson

Estádio	Crises psicossociais	Relações significativas	Forças básicas
Primeira Infância (bebé)	Confiança básica vs. Desconfiança básica	Pessoa maternal	Esperança
Infância	Autonomia vs. Vergonha, dúvida	Pais	Vontade
Idade do Jogo	Iniciativa vs. Culpa	Família básica	Finalidade
Idade Escolar	Produtividade vs. Inferioridade	Vizinhança, escola	Competência
Adolescência	Identidade vs. Confusão de identidade	Grupos de pares e exogrupos, modelos de liderança	Fidelidade
Jovem Adulto	Intimidade vs. Isolamento	Parceiro na amizade, no sexo, na competição e na cooperação	Amor
Meia-idade	Generatividade vs. Estagnação	Trabalho dividido e lar compartilhado	Cuidado
Velhice	Integridade vs. Desespero	«Espécie Humana» «Minha espécie»	Sabedoria

Fonte: *El ciclo Vital Completado* (p.40, 41), Erikson, E. (1997/2000). Barcelona: Ediciones Paidós

Teoria do ciclo de vida

Baltes (1987) aborda a psicologia do desenvolvimento, tendo por base o estudo da constância e da mudança ocorridas ao longo de todo o ciclo vital, desde a concepção até à morte. As principais proposições que o autor destaca são:

- O desenvolvimento pode surgir ao longo de todo o ciclo de vida, inclusivamente

em idades avançadas.

- Ao longo da vida são várias as direcções possíveis de mudança (multidireccionalidade) que podem ocorrer em várias dimensões do funcionamento humano (multidimensionalidade – biológico, intelectual, social ...), como por exemplo: estudos revelam que certas funções psicológicas declinam com a idade (como ocorre ao nível da inteligência fluida), enquanto que outras não declinam (como acontece com a inteligência cristalizada).

- Ao longo da vida existe um balanço entre o crescimento (ganhos) e o declive (perdas). Contudo, nos primeiros anos de desenvolvimento, o crescimento ocorre em maior proporção do que o declive, enquanto que na velhice ocorre o contrário, isto é, ocorre em maior proporção o declive do que o crescimento. Certo é, que ambos (crescimento e declive) ocorrem ao longo de todo o ciclo de vida.

- Por meio do ciclo de vida, incrementa-se a variabilidade interindividual, o que confere uma maior distinção entre as pessoas (heterogeneidade). Estudos revelam que as diferenças individuais aumentam na idade adulta e na velhice.

Com base na dinâmica interactiva entre ganhos e perdas, com base na variabilidade interindividual e na plasticidade, Baltes (1987) formulou e operacionalizou um modelo adaptativo de desenvolvimento psicológico que denominou de “modelo de optimização selectiva com compensação”, este posteriormente, após uma actualização no âmbito da velhice bem-sucedida (Baltes & Baltes, 1990), resultou na denominação de modelo SOC (Seleccção-Optimização-Compensação). O SOC consiste num modelo de adaptação à velhice, em que primariamente as pessoas idosas, tendo presente restrições incutidas pelo processo de envelhecimento, seleccionam os objectivos em domínios que lhes possam trazer maior satisfação e controlo pessoal. A *optimização* corresponde à aquisição de meios e recursos que irão facilitar o alcance dos objectivos previamente

seleccionados. A *compensação* é um processo relacionado com o da selecção, que se torna operativo quando há perda ou redução de capacidades comportamentais específicas inculcadas pelo envelhecimento. A *compensação* envolve recursos internos (intelectuais – de estratégia) e externos (tecnológicos).

Vega e Bueno (2000) salientam-nos que a variabilidade interindividual e a heterogeneidade que se incrementam com o passar dos anos, negam o estereótipo de que os idosos são todos muito parecidos.

Teorias Psicológicas / Teorias Sociológicas

A teoria da actividade e da continuidade tem sido compartilhada e por vezes disputada entre os psicólogos e sociólogos (Fernández-Ballesteros, 2000).

Teoria da actividade

Berger e Mailloux-Poireier (1995) referem-nos que esta teoria defende que com o intuito da pessoa idosa obter a maior satisfação possível, bem como, de manter a sua auto-estima, deve manter-se activa, contribuindo assim para um envelhecimento saudável. Os autores destacam citando “Uma velhice bem sucedida pressupõe a descoberta de novos papéis ou uma nova organização dos já desempenhados. Consequentemente a sociedade deve valorizar a idade e facilitar este processo” (p. 104). São vários os autores que destacam a importância da teoria da actividade, tais como Paúl (1996) que nos refere que esta teoria serve de modelo básico para a construção de “programas e políticas administrativas das actuais instituições dos idosos” (p.17); e Fernández-Ballesteros (2000) que nos releva que esta teoria teve e tem uma extrema importância no estabelecimento de políticas sociais contempladas na estimulação e maximização da actividade na velhice.

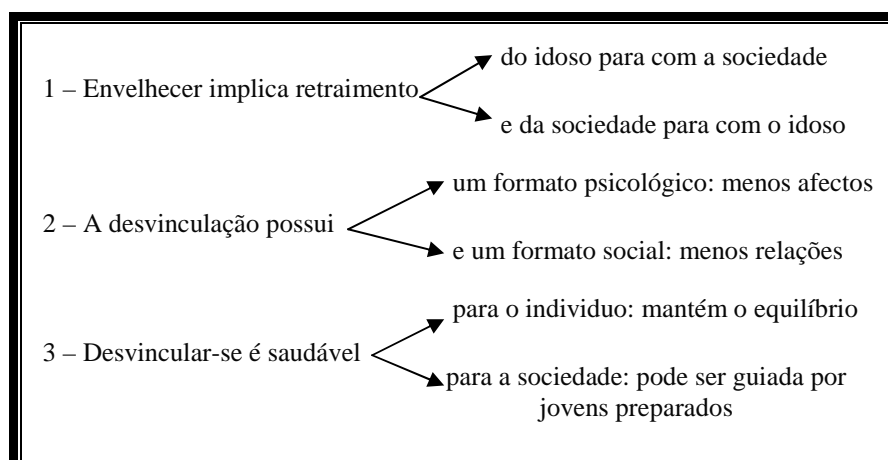
Teoria da continuidade

Para Berger e Mailloux-Poireier (1995) esta teoria contempla que o envelhecimento não se trata de um período final, separado das outras fases, mas constitui sim uma parte integrante do ciclo de vida, na qual o idoso dá continuidade aos seus hábitos de vida, pois os mesmos fazem parte integrante da sua personalidade. Fernández-Ballesteros (2000) refere-nos que o desejo de continuidade, para além de servir como uma meta de adaptação, motiva as pessoas a efectuarem uma preparação prévia para alterações como por exemplo a reforma.

Teoria do desligamento (desvinculação)

Rossell (2004) resume num quadro os princípios básicos da teoria da desvinculação, tal como o apresentado no quadro 3, em que se verifica um ciclo vicioso entre o idoso e a sociedade, isto é, o idoso afasta-se cada vez mais da sociedade, esta por sua vez tolera menos relações para com ele, que como processo adaptativo e de manutenção do seu equilíbrio é saudável para o indivíduo e conveniente para a sociedade, na medida em que, segundo o autor, as instituições podem sobreviver nas mãos de indivíduos mais jovens e actualizados em direcção ao progresso.

Quadro 3 – Princípios básicos da teoria da desvinculação



Fonte: *Hipótesis psicológicas, biológicas y sociológicas* (p. 47), Rossell, N. Y. (2004), In M. A. Rico, N. Y. Rossell & R. R. Herrera (eds.), *Introducción a la Psicogerontología*. Madrid: Ediciones Pirámide.

Teoria da subcultura

Rodriguez (1994) refere-nos que esta teoria coincide em alguns pontos com a teoria da comparação social de Festinger, que nos refere que utilizamos a comparação para validar os nossos juízos, para estabelecer o nosso nível de aspirações e inclusivamente a nossa auto-estima. Se necessitamos de uma auto-estima positiva, uma comparação com pessoas de nível superior implica uma imagem negativa da nossa parte, razão porque procuramos estabelecer comparação com pessoas do nosso meio, similares a nós. Para Rodriguez (1994) os idosos que compartilharam uma experiência histórica e social comum, e possuem problemas idênticos, entendem-se melhor entre si. Desta forma, os idosos formam uma subcultura à parte, uma minoria social, que lhes ajuda a manter a sua identidade e uma auto-estima positiva, pois permite-lhes estabelecer comparações de si com outras pessoas que estão em situação similar.

1.3 – Alterações Associadas ao Processo de Envelhecimento

Independentemente das teorias que explicam, na maior parte dos casos apresentando visões parcelares do processo, envelhecer “pressupõe alterações físicas, psicológicas e sociais no indivíduo” (Zimmerman, 2000, p.21), e é dessas alterações que nos ocuparemos em seguida.

1.3.1 – *Alterações biológicas*

Segundo Berger e Mailloux-Poireier (1995), as alterações anatómicas e fisiológicas relacionadas com a velhice iniciam-se muitos anos antes de surgirem os primeiros sinais exteriores. Algumas destas alterações têm início por volta dos quarenta anos e continuarão até à morte, até que o organismo perca por completo a capacidade de adaptação. O

processo de senescência é responsável pelo envelhecimento das estruturas (tais como as apresentadas no quadro 4) e do aspecto geral do corpo, por sua vez este envelhecimento implicará o declínio das respectivas funções orgânicas.

Quadro 4 – Modificações biológicas estruturais ligadas à senescência

ALTERAÇÕES ESTRUTURAIS	
<p>a. Células e tecidos</p> <ul style="list-style-type: none"> . Diminuição do número de células activas . Aparecimento de lipofuscina e de estatina em diversas células ou tecidos . Abrandamento do ritmo da multiplicação celular . Diminuição do número de glóbulos (vermelhos e brancos) e perda de eficácia . Modificação dos tecidos gordos e subcutâneos . Atrofia e perda de elasticidade tecidual <p>b. Composição global do corpo e peso corporal</p> <ul style="list-style-type: none"> . Aumento do tecido gordo em relação ao tecido magro . Modificações no peso corporal e no peso dos órgãos <p>c. Músculos, ossos e articulações</p> <ul style="list-style-type: none"> . Diminuição de 25 a 30% da massa muscular (podendo atingir os 50%) . Diminuição da mobilidade de diversas articulações . Adelgaçar dos discos vertebrais, o que provoca uma redução de 1 a 5 cm na altura 	<ul style="list-style-type: none"> . Redução da dimensão da caixa torácica . Perdas de cálcio (osteoporose) . Diminuição no funcionamento locomotor e problemas de equilíbrio <p>d. Pele e tecido subcutâneo</p> <ul style="list-style-type: none"> . Perda dos tecidos de suporte subcutâneos; secura e adelgaçar da pele; possibilidade de equimoses e queratoses; modificações vasculares e cutâneas múltiplas . Atrofia e baixa de eficácia das glândulas sebáceas e sudoríparas. Perda de elasticidade da pele . Persistência da prega cutânea . Aparecimento de rugas . Acentuação das proeminências ósseas . Descair das faces, queixo e pálpebras, e alongamento dos lobos das orelhas <p>e. Tegumentos</p> <ul style="list-style-type: none"> . Pêlos finos e raros, excepto na face . Perda de cabelos, calvície ou cabelos brancos . Acinzentar e descolorir dos cabelos . Espessamento das unhas (onicogribose)

Fonte: *Pessoas idosas – uma abordagem global* (p. 141), Berger, L. & Mailloux-Poireier, D. (1995). Lisboa: Lusodidactica.

As alterações estruturais ocorrem fundamentalmente ao nível metabólico e celular, e na repartição dos componentes corporais. O funcionamento do organismo, bem como a aparência do corpo podem ser modificados por estas alterações. A diminuição do número de células e a perda das reservas fisiológicas atingem todos os órgãos, como consequência as funções deterioram-se (tais como as apresentadas seguidamente no quadro 5), contudo tal como nos refere Berger e Mailloux-Poireier (1995), constata-se que certos órgãos, parecem em termos de funcionalidade, ser mais afectados que outros (por exemplo, verifica-se que o sistema digestivo é comparativamente menos afectado que os rins).

Quadro 5 – Modificações biológicas funcionais ligadas à senescência

ALTERAÇÕES FUNCIONAIS	
<p>a. Sistema cardiovascular</p> <ul style="list-style-type: none"> . Degenerescência cálcica das válvulas . Diminuição de 18% do volume de água . Diminuição de 40% do débito cardíaco (capacidade máxima) . Aumento da tensão arterial em repouso (sístole e diástole) . Redistribuição do fluxo sanguíneo: o cérebro, as artérias coronárias e os músculos esqueléticos recebem um maior fluxo residual do que o fígado e os rins . Perda de elasticidade dos vasos e acumulação de depósitos nas paredes . Aumento da resistência dos vasos periféricos (1% ao ano) <p>b. Sistema respiratório</p> <ul style="list-style-type: none"> . Perda de capacidade de expansão pulmonar . Diminuição de 50% da capacidade respiratória . Diminuição do consumo basal de oxigénio . Possibilidade de enfisema e bronquite senil . Atrofia e rigidez pulmonar . Problemas de expectoração das secreções brônquicas <p>c. Sistema renal e urinário</p> <ul style="list-style-type: none"> . Diminuição do número de nefrónios . Diminuição da taxa de filtração glomerular, de filtração tubular, do fluxo sanguíneo renal e da "clearance" urinária . Possibilidade de incontinência, primeiro nas mulheres, depois nos homens . Micções mais frequentes e menos abundantes <p>d. Sistema gastrointestinal</p> <ul style="list-style-type: none"> . Modificações dos tecidos dentários, mais difícil ajustamento das próteses dentárias, perda de dentes, cáries, etc. . Perda do tónus muscular . Atrofia das glândulas salivares . Baixa do sentido do paladar . Atrofia da mucosa gástrica e da secreção dos sucos digestivos (lipase) . Diminuição da secreção de ácido clorídrico (60%), da pepsina e do suco pancreático . Diminuição do tónus e da motilidade gástrica gerando uma diminuição do esvaziamento gástrico e do peristaltismo . Perturbações da absorção . Diminuição da motilidade do intestino grosso e retardar da evacuação (fecalomas, obstipação, etc.) <p>e. Sistema nervoso e sensorial</p> <ul style="list-style-type: none"> . Diminuição do n.º unidades funcionais no cérebro . Perda de massa cerebral (5 a 10%) 	<ul style="list-style-type: none"> . Baixa do consumo de oxigénio pelo cérebro e da perfusão cerebral . Declínio gradual da condução nervosa (10 a 15%) e demora no tempo de reacção . Diminuição da condução periférica (nervos), sobretudo após os 40 ou 50 anos, e dos neurotransmissores . Perda de eficácia dos proprioceptores (sobretudo da dor e do tacto) . Dificuldade no controlo da postura e no equilíbrio . Perda da motricidade fina . Alteração do controlo do sistema autónomo . Diminuição da capacidade mnemónica a curto prazo <p>Sistema sensorial</p> <ul style="list-style-type: none"> . Elevação do limiar da percepção do sabor e dos odores . Diminuição das sensações tácteis e das que se relacionam com a pressão e temperatura . Diminuição auditiva (presbiacusia), sobretudo para os sons agudos . Sensações auditivas anómalas (acufenos) . Diminuição, a partir dos 20 anos, da adaptação à iluminação insuficiente e à visão nocturna . Presbitia ou presbiopia (pelos 40, 50 anos) . Redução da acuidade visual e da visão periférica . Possibilidade de cataratas senis e/ou de glaucoma <p>f. Sistema endócrino e metabólico</p> <ul style="list-style-type: none"> . Perturbação no metabolismo da glucose em 70% dos idosos . Abrandamento da utilização periférica da tiroxina . Alterações menores do funcionamento corticossuprarrenal . Baixa do metabolismo basal . Diminuição da taxa de estrogénio a partir dos 35 ou 45 anos <p>g. Sistema reprodutor</p> <ul style="list-style-type: none"> . Atrofia dos órgãos genitais internos e externos . Modificação do ritmo de erecção e de ejaculação . Modificação da libido no homem e na mulher <p>h. Sistema imunitário</p> <ul style="list-style-type: none"> . Lentidão da resposta imunitária a um antigénio . Imunodeficiência relativa <p>i. Ritmos biológicos e sono</p> <ul style="list-style-type: none"> . Modificação das fases do sono . Períodos mais frequentes de sono ligeiro . Diferente repartição das horas de sono

Fonte: *Pessoas idosas – uma abordagem global* (p. 141), Berger, L. & Mailloux-Poireier, D. (1995). Lisboa: Lusodidactica.

Heterogeneidade do envelhecimento biológico

Tal como nos referem vários autores, como por exemplo, Berger e Mailloux-Poireier (1995), Reis (1995), Ermida (1999); Rendas (2001), as células, e consequentemente os tecidos, órgãos e sistemas não envelhecem todos ao mesmo ritmo (envelhecimento heterogéneo). Em algumas pessoas o envelhecimento primário exprimir-se-á por uma degradação precoce ao nível do sistema cardiovascular, noutros por um envelhecimento precoce ao nível do sistema nervoso, ou ainda por um declínio funcional de outros órgãos. A involução não se inicia no mesmo período, não se desenvolve ao mesmo ritmo e não atinge o mesmo grau de degenerescência para todos os sistemas orgânicos. De pessoa para pessoa, as alterações causadas pelo envelhecimento desenvolvem-se a um ritmo distinto, dependendo de factores:

- externos: como os estilos de vida, as actividades que o indivíduo desenvolve, o ambiente onde se insere, a organização de cuidados de saúde;
- internos: como a bagagem genética e o estado de saúde.

1.3.2 – Alterações psicossociais

A investigação do envelhecimento psicológico normal centra-se fundamentalmente em duas áreas, são elas: funcionamento cognitivo e personalidade (Izal & Montorio, 1999).

COGNIÇÃO

Certos deficits cognitivos que se verificam na velhice, não resultam do processo natural do envelhecimento, mas sim de entidades patológicas, constatando-se que a incidência destes deficits cognitivos por patologia, aumenta na velhice (Nahemow & Pousada, 1987).

Segundo Kirkwood (2000) uma das opiniões mais generalizadas que existe acerca do envelhecimento cognitivo é a de que a diminuição das funções cerebrais que se verifica com o passar dos anos, se deve à perda (morte) dos neurónios, perda esta que é irreversível, pois os neurónios não se dividem nem são substituídos. Ainda segundo o mesmo autor a redução da velocidade de processamento dos neurónios, que se verifica com o aumento da idade, constitui outro dos factores a ter em consideração, pois esta pode ter muitas consequências sobre a memória, sobre o rendimento cognitivo. Assim, a velocidade de processamento da informação é um dos aspectos a ter em consideração aquando da avaliação do funcionamento intelectual do idoso, que deve contemplar também, segundo García (2000), a avaliação de factores como a percepção, a atenção e motivação, caso contrário poderemos obter conclusões confusas e/ou até mesmo contraditórias. Ainda de acordo com este autor, com o envelhecimento, parece que a percepção e a atenção apresentam défices, que irão afectar a capacidade de execução do idoso ao nível do tempo requerido para processar um estímulo e ao nível da capacidade de se manter atento aquando da realização da tarefa. Outro dos aspectos que está envolvido no desempenho cognitivo dos idosos é o nível do envelhecimento perceptivo. Fontaine (1999/2000) refere que três modalidades são essencialmente afectadas: o equilíbrio, a audição e a visão. Os défices sensoriais auditivos e visuais parecem estar na base do declínio das actividades intelectuais.

Memória e aprendizagem

Memória sensorial / Memória a curto prazo / Memória a longo prazo

A memória é uma actividade biológica e psíquica que nos possibilita reter as experiências

vividas (Berger & Mailloux-Poireier, 1995). Para estes autores, o modelo mais utilizado nos estudos referentes à memória das pessoas, contempla três etapas, são elas: “a entrada de dados (memória sensorial), a memória a curto prazo (também denominada de memória imediata, memória primária), a memória a longo prazo (também denominada de memória secundária, memória de fixação)” (p. 178).

Memória sensorial

A memória sensorial consiste na recepção inicial da informação, em que um mecanismo sensitivo permite conservar uma cópia do estímulo por dois segundos. Esta memória funciona mais eficazmente nos jovens do que nas pessoas idosas, porque estes últimos são mais lentos a reconhecer os objectos ou elementos a memorizar.

Memória a curto prazo

A memória a curto prazo parece pertencer ao circuito eléctrico do cérebro, no qual se a informação chegar muito depressa, uma parte da mesma não será codificada (Berger & Mailloux-Poireier, 1995). Este tipo de memória declina à medida que vamos avançando na idade. Garcia (2000) refere-nos que se trata de um armazém de capacidade limitada que retêm por um breve período de tempo a informação recebida. Nesse armazém mantemos consciente a informação durante algum tempo, enquanto decidimos se a mesma é para descartar ou para armazenar permanentemente (Belsky, 1999/2001).

Memória a longo prazo

Durante a senescência, mantém-se segundo Berger e Mailloux-Poireier (1995), a memória a longo prazo. Nesse sentido, Moñivas (1998) diz-nos que o idoso recorda-se melhor das experiências passadas, do que das mais recentes. Belsky (1999/2001) refere-nos que a

memória a longo prazo é “a reserva permanente e de grande capacidade, que constitui o depósito do nosso passado” (p. 200).

Aprendizagem

A aprendizagem está associada à memória (Berger & Mailloux-Poireier, 1995). Estes autores apontam-nos como factores que podem ser responsáveis pelos problemas de memória e aprendizagem, os seguintes: a motivação; a interferência dos dados; o sentimento de impotência e o estado depressivo; a perda de interesse pelos acontecimentos presentes; a lentidão generalizada e os problemas de percepção.

Inteligência

Berger e Mailloux-Poireier (1995, p.175) destacam que a “tendência mais recente na avaliação da inteligência dos idosos incide em dois tipos de inteligência: a inteligência fluida e a inteligência cristalizada”. Para Belsky (1999/2001) a inteligência fluida implica o raciocínio rápido, destrezas não tão dependentes da experiência, enquanto que a inteligência cristalizada tem por base a experiência e a aprendizagem. Para Fontaine (1999/2000) a inteligência fluida correlaciona-se com o envelhecimento biológico, enquanto que a inteligência cristalizada se correlaciona com o nível de instrução e com a cultura do sujeito. Para Garcia (2000), ao longo da velhice a inteligência fluida segue um padrão normativo de declive gradual, enquanto que a inteligência cristalizada segue um padrão de estabilidade.

Estudos acerca da inteligência fluida e cristalizada

Os imensos estudos efectuados acerca da inteligência confirmam, como nos refere Oliveira (2005), que as competências da inteligência cristalizada se mantêm nas

peessoas idosas, enquanto que a fluida declina, contudo não se pode generalizar para todos (pois há indivíduos em que tal não se verifica). O autor alerta-nos que “a conclusão de algumas pesquisas pode estar viciada pelo efeito de coorte (a maior parte dos estudos são transversais) e ainda porque muitas das provas de inteligência a que são submetidos os idosos são cronometradas, o que desfavorece os mais idosos” (p. 49).

PERSONALIDADE

Para Allport (1961/1973, p.50) a personalidade é “a organização dinâmica, no indivíduo, dos sistemas psicofísicos que determinam o seu comportamento e o seu pensamento característicos”.

Após a maturidade, segundo Berger e Mailloux-Poireier (1995), a personalidade mantém-se relativamente estável, a não ser que surjam problemas graves. Assim, se a pessoa foi activa, continua a sê-lo na velhice. A personalidade pode ser afectada por vários factores, tais como o estado de saúde, os antecedentes socioculturais, a pertença ao grupo, as experiências, as interacções familiares actuais e passadas, entre outros.

Num estudo longitudinal elaborado em Kansas City (EUA), efectuado numa amostra de homens e mulheres com idades compreendidas entre os 50 e os 90 anos, entre 1956 e 1962, Neugarten, Havighrust e Tobin (1968, 1996/1999), identificaram distintos tipos de personalidade que se manifestam em vários padrões de envelhecimento. Esta identificação tipológica teve por base a relação da personalidade com o grau de compromisso dos indivíduos (ao nível psicológico e social), com o

afecto e com a satisfação com a vida. Do estudo, dois grandes grupos se destacam:

- Os integrados – corresponde aos indivíduos que apresentam as capacidades cognitivas intactas, que aceitam a impulsividade da vida sobre a qual mantêm um controlo cómodo, são flexíveis e receptivas a novos estímulos, demonstrando um elevado grau de integração entre os componentes cognitivos e afectivos, ou entre os elementos racionais e emocionais.

- Os não integrados – estes indivíduos apresentam uma baixa actividade e sentem pouca satisfação com a vida. Revelam um padrão desorganizado de envelhecimento, com deficiências ao nível do funcionamento perceptivo e intelectual, e com dificuldade na conservação do equilíbrio entre o impulso e o controlo. Alguns são rígidos e apresentam excessivo autocontrolo, outros são impulsivos e carecem de controlo sobre os seus egos.

Os autores salientam que muitas outras características identificadas podem colocar-se em posições intermédias entre o grupo dos integrados e o grupo dos não integrados, que correspondem a distintos tipos de personalidade, o que corrobora que na velhice a intervariabilidade humana não desaparece.

1.4 – Sociedade e Velhice no Mundo Contemporâneo

Abordamos acima o processo de envelhecimento do ser humano nas suas diversas vertentes, vamos agora prosseguir com o enquadramento da problemática dos idosos a nível das sociedades. Neste subcapítulo, focaremos inicialmente, a problemática do envelhecimento demográfico em Portugal e na Europa, com especial atenção para a caracterização da população idosa Portuguesa. Segue-se a abordagem das relações entre as famílias e os idosos, com especial destaque para o utente idoso em risco/necessidade de institucionalização, bem como para as políticas sociais de apoio (quer ao idoso, quer às

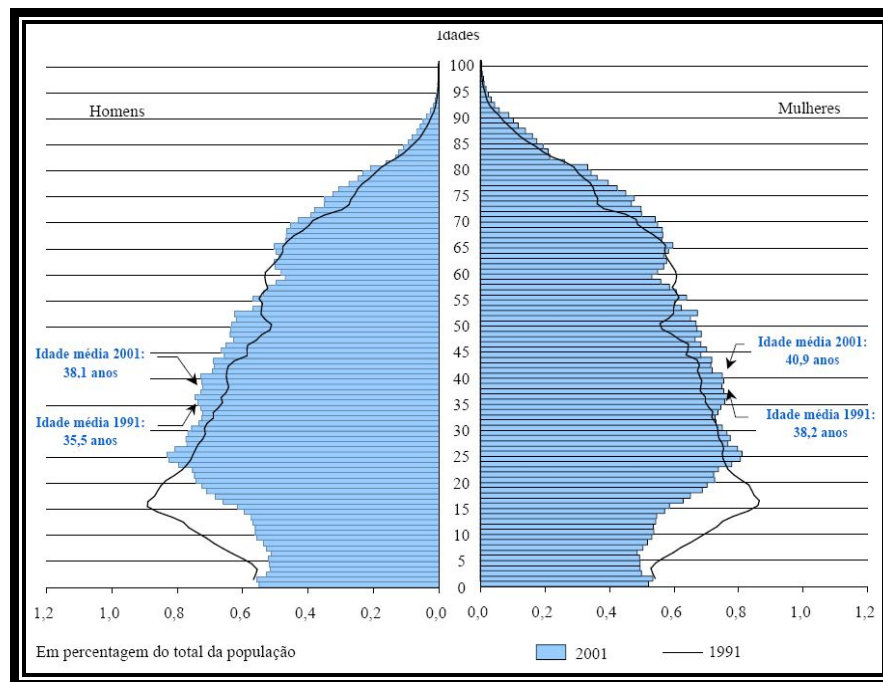
famílias). Abordaremos a visão acerca da inclusão da pessoa idosa no trabalho e na reforma, e como esta última pode ser encarada pelo idoso. Prosseguimos com a abordagem da relação entre o idoso e as novas tecnologias, destacando-se os resultados de alguns estudos efectuados nesse âmbito. Terminamos este subcapítulo, abordando de entre muitas, as situações de crise que afectam a população idosa com mais frequência.

1.4.1 – *O envelhecimento demográfico*

O contínuo envelhecimento demográfico contribuiu para uma crescente preocupação da sociedade para com os vários problemas que podem afectar os idosos enquanto membros da mesma (Pimentel, 2001).

Os dados obtidos nos Censos 2001 (que ocorrem de dez em dez anos) pelo INE de Portugal (INE, 2002b) revelam-nos como o facto mais marcante o aumento do número de idosos, em que pela primeira vez, a percentagem de pessoas com mais de 64 anos é superior à dos que têm menos de 15 anos. São essencialmente as mulheres que contribuem para o aumento das taxas de envelhecimento. A população portuguesa aumentou 5%, com 10,3 milhões de pessoas, fruto dos saldos migratórios, já que há um acentuado declínio da natalidade. Paralelamente aumentaram os anos de esperança de vida dos portugueses, essencialmente das portuguesas. Há 122 idosas por cada 100 jovens, enquanto que o dos homens se situa nos 84 indivíduos. O agravamento do fenómeno do envelhecimento demográfico, quer pela base da pirâmide, que advém da baixa da natalidade, quer pelo topo, que resulta do aumento da esperança de vida (fruto da melhoria das condições socioeconómicas, ambientais, fruto dos avanços tecnológicos), imprime um novo contorno à pirâmide etária de 2001, como se pode observar na figura 3 (INE, 2002a).

Figura 3 – Pirâmide etária de Portugal, 1991/2001



Fonte: *Censos 2001* (p. 4), INE (2002a). Consultado em 8 Setembro de 2002, em Instituto Nacional de Estatística: http://www.ine.pt/prod_serv/destaque/d021021/d021021.html.

Tal como nos refere o INE (2005), a Europa, e em particular para o conjunto alargado a 25 (EU25) países constituintes da União Europeia, confronta-se com importantes alterações demográficas, que advêm, num primeiro momento, da conjugação da diminuição continuada dos níveis da fecundidade, e, mais recentemente, do aumento da longevidade, em particular nas idades mais avançadas, factores que sustentam o contínuo aumento da proporção de pessoas idosas, no total da população. Alterações estas que se verificam também em Portugal. A esperança de vida à nascença tem apresentado uma tendência generalizada de acréscimo na EU25, que advém da diminuição dos níveis de mortalidade, destacando-se inicialmente o declínio da mortalidade infantil, contudo actualmente os ganhos são obtidos nas idades mais avançadas. Entre 1960 e 2002, a esperança média de vida à nascença na EU25, subiu de 67 para 75 anos nos homens, e de 73 para 81 anos nas mulheres. Em Portugal verificou-se a mesma tendência de subida, registando-se um acréscimo dos valores da esperança de vida ainda mais acentuado que a média da EU25.

Previsões segundo o INE

O INE (2005, p.41), com base na informação censitária de 1960, nas estimativas de população residente em Portugal, e nas projecções de população residente em Portugal 2000-2050, apresenta alguns valores que salientam o fenómeno do envelhecimento em Portugal:

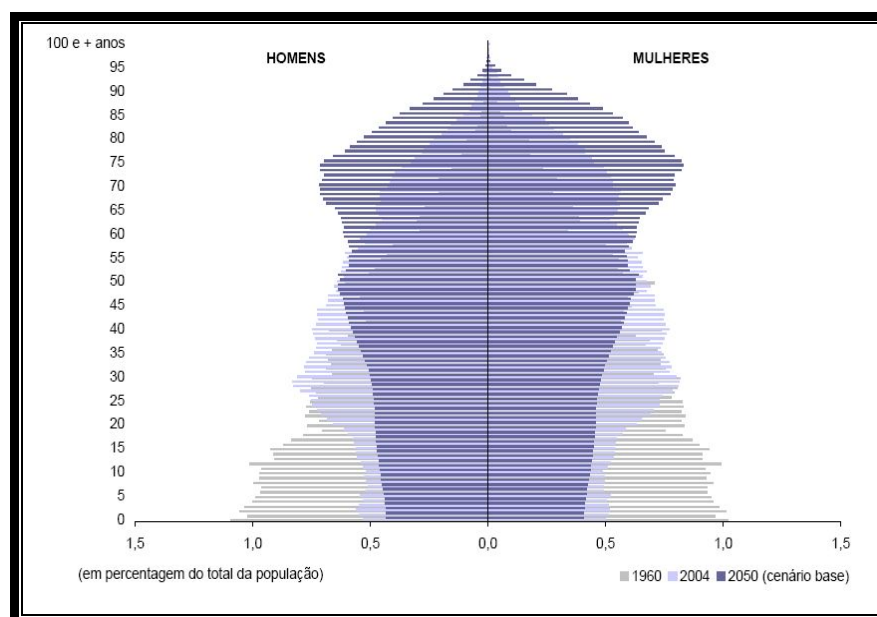
- Em 1960 foram recenseados 708 569 idosos, em 31 de Dezembro de 2004, estimou-se residir em Portugal 1 790 539 indivíduos do mesmo escalão etário, prevendo-se que em 2050 atinja um valor próximo de 3 milhões de indivíduos. Assim, num período temporal inferior a 50 anos, entre 1960 e 2004, a população idosa mais do que duplicou em valores absolutos, sendo previsível que quase volte a duplicar novamente até 2050;
- Entre 1960 e 2004, verificou-se um aumento de 8% para 17% da proporção da população idosa face ao total da população, prevendo-se que em 2050 esta faixa etária da população represente cerca de 32% do total dos efectivos populacionais;
- A maioria da população idosa é composta por mulheres, ainda que o valor se tenha vindo a atenuar (60%, 58% e 55%, respectivamente em 1960, 2004 e 2050);
- Entre a população idosa, a mais idosa aumentou de forma significativa. Em 1960 foram recenseadas 107 617 pessoas com 80 ou mais anos de idade, valor que em 2004 se estimava ser de 401 008, ou seja, neste período de tempo, praticamente quadruplicaram as pessoas com 80 ou mais anos de idade, reflexo duma crescente longevidade, prevendo-se que até 2050 possam alcançar cerca de 950 mil, reflectindo um crescimento mais significativo do que qualquer outro grupo etário;
- A percentagem da população mais idosa (80 ou mais anos), face ao total da população, terá aumentado de 1,2% para 3,8% entre 1960 e 2004, prevendo-se ainda que para o ano de 2050, 10,2% da população em Portugal terá 80 ou mais anos de idade;
- A relação entre a população idosa e a população jovem (dos 0 aos 14 anos de idade),

traduzida pelo índice de envelhecimento, passou de 27 idosos por cada 100 jovens em 1960, para 109 em 2004, podendo atingir os 243 em 2050;

- O índice de dependência de idosos, isto é, a relação entre a população idosa e a população potencialmente activa (15 aos 64 anos de idade), quase duplicou entre 1960 e 2004, passando de 13 para 25 idosos por cada 100 indivíduos em idade activa, prevendo-se que este valor mais do que duplique até 2050.

A conjugação dos efeitos resultantes quer da diminuição dos níveis de fecundidade, quer do aumento da esperança de vida, salientam-se quando analisadas a sobreposição das pirâmides etárias dos três momentos em análise: 1960, 2004 e 2050, apresentados na figura 4. Constatam-se uma grande redução da base da pirâmide, traduzindo uma quebra dos efectivos populacionais mais jovens, para além de um aumento da proporção da população idosa. A transformação mais evidente que se verifica no futuro projectado reporta-se sobretudo para um aumento considerável da proporção de efectivos no topo da pirâmide.

Figura 4 – Pirâmides etárias, Portugal 1960, 2004 e 2050



Fonte: *Dia Internacional do Idoso* (p. 4), INE (2005). Consultado em 2 Janeiro de 2006, em Instituto Nacional de Estatística: <http://www.ine.pt/prodserv/destaque/2005/d050928/d050928.pdf>

Consequências do aumento do envelhecimento populacional

São vários os autores, como Fernandes (1997), Costa (1999), Fontaine (1999/2000), Pinto (2001), Pimentel (2001), Oliveira (2005), Paúl (2005) e Covas (2006), entre muitos outros, que se referem a algumas consequências que derivam do grande aumento do envelhecimento populacional. Destacam-se as seguintes:

- a nível da organização socioeconómico – maiores gastos por parte do Estado, quer devido à diminuição da população activa resultante da passagem à reforma (representando menos receitas para os cofres do Estado), quer devido à necessidade de mais equipamentos sociais como os lares de apoio aos idosos, os centros de dia, entre outros. Atendendo também que os idosos fazem parte do maior grupo consumidor de cuidados (devido à maior probabilidade em serem portadores de pluripatologia, implicando a necessidade de mais cuidados de saúde, bem como implicando a necessidade de polimedicação), o aumento significativo do seu número representa um crescimento das despesas por parte dos sistemas de saúde.

- em termos de ciência teórica e aplicada – implica a necessidade de aprofundamento dos conhecimentos acerca do processo do envelhecimento, acerca da etapa da velhice, acerca dos idosos no que respeita à sua interactividade e repercussão multidimensional (bio-psico-social), implica mais profissionais com especialização na área dos idosos (geriatras, gerontologistas, enfermeiros especialistas em gerontologia/geriatria, psicólogos com a componente formativa direccionada para os idosos, entre outros).

1.4.2 – Caracterização da população idosa portuguesa

Tendo por base o estudo elaborado pelo Serviço de Estudos sobre a População, do

Departamento de Estatísticas Censitárias e da População, no âmbito da II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento (INE, 2002c), este apresenta-nos que 81% da população idosa (correspondendo a 74% da população masculina e 86% da população feminina) é inactiva (valores obtidos nos Censos 2001), em que os reformados estão representados notoriamente por 97,1% destes para os homens e 76,9% para as mulheres. O inquérito revela que a actividade económica está cada vez mais presente entre a população idosa, atendendo que 291,3 mil indivíduos com 65 e mais anos estavam representados como activos. De 1992 para 2001, a população activa com 65 e mais anos aumentou 64,1%, sendo especialmente notória para o sexo feminino, dado que a proporção quase duplicou (91,8%). Dos cerca de 19% da população idosa activa, a maioria (70,2% dos homens e 75,5% das mulheres) exerce a sua actividade na área da agricultura, produção animal, caça e silvicultura. A maioria da população idosa activa encontra-se a trabalhar por conta própria (83,6% – homens; 75,0% – mulheres). O mesmo estudo, relativamente às relações sociais e de lazer das pessoas idosas (com base em dados estatísticos colhidos nos finais da década de 90), destaca-nos:

- Para cima de 68% das pessoas com idade igual ou superior a 65 anos conversam diariamente com vizinhos;
- Relativamente ao lazer, a televisão é um meio utilizado por quase toda a população mais velha (cerca de 98% de homens e 94% de mulheres), e fá-lo diariamente (cerca de 89% para ambos os sexos).
- Quase 50% dos homens lê jornais, enquanto relativamente às mulheres, apenas 23% o faz. A maior parte do grupo dos homens fá-lo praticamente diariamente, enquanto a maioria das mulheres lê-o apenas uma vez por semana. Estas posições mantêm-se relativamente à leitura de jornais no período de férias, contudo para ambos os sexos, as proporções aumentam. Quanto à leitura de revistas, 22,9% das mulheres fazem-no,

enquanto nos homens apenas 20,4% o referem fazer).

- A proporção de pessoas idosas que referem não saber o que fazer com o tempo disponível é relativamente baixa (homens – 8%; mulheres – 3%).

Idosos Urbanos/Rurais

Paúl, Fonseca, Martin e Amado (2005) referem-nos que o interior rural de Portugal é na generalidade uma zona de baixa densidade populacional e envelhecida, devido essencialmente à saída para as cidades e para o estrangeiro das pessoas mais jovens, ficando praticamente só idosos nas aldeias, muitos entregues a si próprios, outros entregues aos seus cônjuges, outros institucionalizados em lares que se abriram nesses locais, contrastando com o encerramento das suas escolas. Para o contexto Português, os autores alertam que relativamente à caracterização dos idosos urbanos, tal como a dos rurais também pouco se conhece, referindo-se que para além daqueles que estão institucionalizados ou em centro de dia, a maior parte deles mantêm-se nas suas casas, alguns numa situação fragilizada, sem usufruir de serviços sociais ou de saúde por parte do Estado (por desconhecimento). Visando conhecer algo mais acerca dos idosos urbanos/rurais, os autores efectuaram um estudo comparativo entre uma comunidade de idosos urbanos e uma comunidade rural, visando conhecer as diferenças e as semelhanças entre ambos, para tal entrevistaram 234 idosos (117 idosos rurais e 117 idosos urbanos), tendo-lhes aplicado várias escalas (Questionário sociodemográfico; Escala de Redes Sociais; Escala de Actividades Instrumentais de Vida Diária; Escala de Ânimo; Escala de Qualidade de Vida). As conclusões obtidas foram:

- A existência de um conjunto de indivíduos de baixo nível de escolaridade (ou mesmo iletrados), com diminutos rendimentos. Possuem uma rede extensa de suporte social

(familiares, amigos, vizinhos e alguns confidentes).

- A existência de um elevado nível de autonomia (relativamente às capacidades instrumentais), principalmente para o grupo dos idosos rurais, possibilitando a permanência deste na sua habitação.
- A idade não parece ter relação com a satisfação de vida, contudo tem claramente com a percepção da qualidade de vida.
- A maioria dos idosos sente-se insatisfeita ao nível da saúde.
- A qualidade de vida foi classificada como «boa» ou «muito boa» para 27% da totalidade dos idosos (urbanos e rurais), como «nem boa, nem má» para 41%, enquanto que um terço dos idosos classificou-a como «má» ou «muito má». Não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre ambos os grupos.
- A condição rural/urbana não introduz diferenças significativas relativamente aos resultados psicológicos (satisfação com a vida) ou psicossociais (qualidade de vida). Quanto aos indicadores de satisfação e qualidade de vida, não se encontraram também grandes diferenças entre género.

1.4.3 – *A família e a institucionalização do idoso*

O INE (2002b, p.24) define família clássica da seguinte forma:

Conjunto de indivíduos que residem no mesmo alojamento que têm relações de parentesco (de direito ou de facto) entre si, podendo ocupar a totalidade ou parte do alojamento. Considera-se também como família clássica qualquer pessoa independente que ocupa uma parte ou a totalidade de uma unidade de alojamento. Os empregados domésticos residentes no alojamento onde prestavam serviço são integrantes na respectiva família.

Tendo por base esta definição na análise dos resultados obtidos nos Censos 2001, verifica-se que 99,9% das famílias portuguesas são famílias clássicas, em que destas, 17,3% das famílias são constituídas por uma única pessoa, 28,4% são constituídas por duas pessoas, 25,2% são constituídas por três pessoas, 19,7% são constituídas por quatro pessoas e somente 9,5% são constituídas por cinco ou mais pessoas. Comparativamente com 1991, de salientar que as famílias de maior dimensão (cinco ou mais pessoas) perderam 5,9%, enquanto que as famílias com uma, duas ou três pessoas tiveram um aumento, principalmente as famílias unipessoais (com um aumento de 3,5%). Relativamente à população idosa, somente 32,5 % das famílias residem com pelo menos um idoso. Do total de famílias constituídas somente por idosos a maior parte (50,5%) é constituída apenas por um idoso.

RELAÇÃO IDOSOS / FAMÍLIA

O envelhecimento da população alterou a estrutura familiar (Levet, 1998). A maior parte das crianças quando nascem têm avós e imenso tempo para viver em conjunto, estas ficam por vezes a seu cargo. Assim a família tornou-se num sistema de trocas, em que os avós ocupam-se e cuidam dos netos e os filhos se responsabilizam pelo bem-estar dos pais. As relações entre o idoso e os seus filhos e netos, passa geralmente, segundo Borge, Hernández, e Egea (2000), por duas etapas diferentes, são elas:

- Quando o idoso é independente e não tem problemas de saúde, constitui uma ajuda para a família, pois participa nas tarefas da casa e encarrega-se dos netos, estabelecendo com eles relações de cumplicidade;

- Quando surgem problemas de saúde e de dependência, as relações parecem inverter-se, o idoso passa do proporcionar ao necessitar, do cuidar ao ser cuidado,

perdendo um peso específico no seio da família. O idoso sente que as suas opiniões e decisões não têm valor, o que irá desencadear sentimentos de inutilidade e abandono.

Em termos culturais a família constituía a primeira linha de apoio para o idoso, contudo com o aumento do emprego por parte das mulheres, com a alteração do tipo de família extensa para o tipo de família nuclear (pai, mãe e filhos) ou monoparental, nas zonas urbanas esta rede de apoio informal de cuidados diluiu-se, mantendo-se apenas nas zonas rurais (Pinto, 2001).

Contrariando as ideias do senso comum (na qual referem que na sociedade contemporânea a família é uma instituição decadente e que as relações entre gerações enfraqueceram radicalmente), Pimentel (2001, p.18) cita-nos que: “vários estudos sociológicos vêm afirmar que as famílias actuais, maioritariamente do tipo nuclear, não estão de um modo geral isoladas das suas redes de parentesco e assumem, na vida dos indivíduos, um papel preponderante como instituição de suporte e referência”. Para Nina e Paiva (2001), a família representa um factor básico para a manutenção do equilíbrio emocional face às contingências do declínio biopsíquico, representa uma unidade social de extrema importância no apoio ou resolução de problemas biopsicossociais, individuais ou colectivos, contudo certo é que a mesma pode ser uma fonte de conflitos e doenças. Muitas famílias optam, quando possível, por institucionalizar o idoso, como forma de resolução destas problemáticas, sendo que são imensos os factores que aumentam o risco/necessidade de institucionalização.

Risco/necessidade de institucionalização

A população de maior risco de institucionalização são segundo Worobey e Angel (1990) os

idosos que possuem poucos filhos ou os idosos cujos filhos se encontram a viver longe. Segundo os autores, as opções para esses idosos serão: “continuar a viver sós; ir viver para a casa de outra pessoa ou trazer alguém para viver consigo; entrar para um lar” (p.95). Esta escolha dependerá de factores económicos, culturais e pessoais. Para Berger e Mailloux-Poireier (1995) um entrave que constitui um problema para as famílias que têm que cuidar dos seus idosos, estará no seu ambiente físico, nas suas imensas barreiras arquitectónicas que apresentam (como por exemplo, a falta de espaço físico, a existência de muitos degraus, etc) bem como, estará ainda na inexistência de meios que possam facilitar a mobilidade e a segurança do idoso (como por exemplo, a existência de rampas, corrimões, barras de segurança, etc). Para Silva (1995), frequentemente deparamo-nos com familiares que não possuem condições económicas, sociais e por vezes psico-afectivas, para fazer face às necessidades do seu familiar idoso, na qual como forma de resolução procuram de alguma forma, institucionalizar o idoso. A probabilidade de institucionalização do idoso pode ser também influenciada pela situação laboral do seu familiar, tal situação torna-se mais evidente aquando de empregos a tempo inteiro e com rotinas inflexíveis. Neste sentido, estudos revelam que a perturbação do trabalho associada ao cuidar do idoso aumenta o nível de stress, bem como, torna-se significativa para o despedimento, sendo esta interferência mais relevante, quanto mais dependente for o idoso e quanto mais inadequado for considerado o apoio (Paúl, 1997). Para Pimentel (2001) o grau de autonomia que apresenta o idoso vai determinar o grau de envolvimento da rede de parentesco na prestação de cuidados. Se as necessidades do idoso exigirem uma maior disponibilidade de recursos (tempo, trabalho, bens materiais), tal implicará uma maior tendência para o surgimento de conflitos. Segundo esta autora, às vezes o internamento num equipamento de apoio aos idosos surge como a única alternativa viável.

Políticas Sociais / Família / Idosos

As políticas sociais têm efeitos sobre a vida dos idosos, sobre a forma como se estabelecem as relações e orientam as práticas entre os idosos e as famílias. A necessidade de intervenção com políticas sociais orientadas especificamente para a velhice tem sido reconhecida, legitimada e socialmente consagrada na Constituição da República Portuguesa, na qual se destaca a origem e o desenvolvimento de bens e agentes encarregues de os gerir, cujos consumidores são os idosos. Para a autora, a emergência de políticas de velhice “supõe a consciência de intervenção social de apoio aos idosos enquanto tal e advém de uma construção social de velhice, considerada como problema social” (Fernandes, 1997, p. 105).

Em Portugal, fruto das políticas sociais da velhice, desde o início da década de setenta, foram criadas instituições que visavam a prevenção da dependência e a integração dos idosos nas comunidades. Destacam-se dois tipos de encargos da velhice, são eles: a assistência médica e a assistência social. A assistência médica contempla os centros de saúde, que apesar de não constituírem instituições apenas para a velhice, têm em conta as necessidades específicas da população idosa. A assistência social contempla as instituições que alojam exclusivamente os idosos (identificadas como lares ou residências para idosos) e ainda, mais recentemente criadas, as instituições cujo princípio visa a manutenção do alojamento das pessoas idosas na sua própria casa (são os centros de dia, os centros de convívio e os serviços de apoio domiciliário). Estes equipamentos permitem segundo Fernandes (1997, p.148) “disciplinar e enquadrar as práticas sociais dos idosos, reforçando a representação social de uma velhice incapaz e sem autonomia”.

As redes sociais de apoio aos idosos podem ser classificadas, segundo Paúl (1997), em dois

grandes grupos: um grupo abarca as redes de apoio formal, onde se incluem os serviços estatais de segurança social e os serviços organizados pelo poder local (lares, serviços de apoio domiciliário, centros de dia, centros de convívio), bem como as instituições privadas de solidariedade social e as instituições privadas com fins lucrativos; outro grupo abarca as redes de apoio informal, por um lado referem-se à família do próprio idoso, por outro aos amigos e vizinhos dos idosos (segundo a autora, embora menos estudadas, parecem desempenhar um papel extremamente importante no apoio à velhice, principalmente em termos emocionais, bem como em termos de ajuda instrumental, essencialmente aquando da ausência familiar).

No âmbito da acção social, são várias as respostas sociais para a população idosa, tais como (Grácio, 1999):

- Os lares de idosos – são equipamentos colectivos de alojamento permanente ou temporário, que visam fornecer respostas a idosos que se encontram em risco, com perda de independência e/ou autonomia. A autora alerta-nos quanto a este ponto, que a insuficiente resposta estatal em termos de lares de idosos reflecte numa proliferação de lares de idosos lucrativos (privados) e, para além destes, também reflecte “um número de lares que funcionam totalmente clandestinos apresentando-se desta forma como indicadores de carências sociais” (p. 138).
- Os lares para o cidadão dependente – constituem respostas residenciais a idosos, que apresentam um maior grau de dependência.
- Os centros de dia – visam apoiar através da prestação de um conjunto de serviços dirigidos a idosos da comunidade, cujo principal objectivo visa desenvolver actividades que proporcionem a manutenção dos idosos no seu meio sócio-familiar (os seus serviços podem consistir: em fornecer refeições; proporcionar convívios, recreios, animação e

ocupação; proporcionar cuidados de higiene e conforto; organizar férias; entre outros).

- Os centros de convívio – são centros que se encontram ao nível local, que visam apoiar o desenvolvimento de um conjunto de actividades sócio-recreativas e culturais, destinadas aos idosos de uma determinada comunidade (os seus serviços podem consistir: na realização de actividades recreativas; no fornecimento de refeições ligeiras; no fornecimento de informação específica sobre a prevenção da saúde e autonomia dos idosos).

- O apoio domiciliário – consiste na prestação de serviços por ajudantes, no domicílio dos utentes, quando estes por motivo de doença ou outro tipo de dependência, não sejam capazes de assegurar a satisfação das necessidades humanas básicas, bem como não sejam capazes de realizar as actividades de vida diária. Este apoio visa essencialmente melhorar a qualidade de vida do idoso, bem como retardar ou evitar a institucionalização do mesmo.

- As famílias de acolhimento – são famílias consideradas idóneas, que acolhem temporariamente idosos, quando estes não têm família natural ou quando a sua família não tem condições que proporcionem o desempenho das suas funções.

- As colónias de férias – são prestações sociais em equipamento ou não, que abarcam um conjunto de actividades que pretendem satisfazer as necessidades de lazer e visam também quebrar a rotina, proporcionando ao idoso um equilíbrio biopsíquico, emocional, educacional e social.

Ainda segundo a autora anterior, quando comparado com a resposta tradicional dos lares de idosos, cada vez é mais visível a importância do apoio domiciliário, pois este presta um serviço de proximidade, com cuidados individualizados e personalizados, além disso “a família é um quadro referencial para os idosos e estar em casa é muito importante para eles, dado que, contém um valor simbólico na constituição

da identidade social” (p. 140).

1.4.4 – *Trabalho e reforma*

Trabalho

Para as sociedades ocidentais a visão de trabalho direcciona-se para uma visão produtiva, de rentabilização imediata. A organização social e económica remete os idosos para a inactividade, percebendo o trabalho dos mesmos como improdutivo e inadequado (Costa, 1999). Segundo Reis (2000) “toda a nossa sociedade ocidental foi concebida em função de um universo industrial e dirigida a um adulto jovem, em estado de saúde suficientemente bom para cumprir a função de produtividade...” (p. 14). Assim, para o autor todos os equipamentos arquitectónicos, as estruturas sociais, administrativas e económicas, bem como a gestão de espaço e de tempo, o ritmo da vida, são elaborados apenas em função desse adulto, adaptando-se mal, quer à criança, quer ao adolescente e idoso, pois não se adequam às suas necessidades, nem às suas funções.

São imensos os estudos que confirmam a capacidade e o potencial das pessoas idosas, contudo também nos revelam a existência de atitudes negativas para com estes (Lehr & Pohlmann, 2004). Segundo os autores existe a crença errada por parte das direcções de que os trabalhadores idosos estão pouco familiarizados com as novas tecnologias, que as temem, e que são incapazes de se adaptarem às mesmas.

Reforma

Modernamente, a reforma se converteu por lei, segundo Carrajo (1999) em “sinónimo de velhice” (p. 116). A reforma representa um símbolo social de transição para a velhice,

limitando oficialmente o seu início para o primeiro dia de reforma, na qual o indivíduo passa a ser considerado improdutivo, desnecessário, inútil. Actualmente, não se contempla a experiência, na qual em outros tempos, concedia proeminência aos idosos. O status social dos idosos é o de “retirados”, “reformados”, que para o autor significa “estar-se afastado, ...estar-se à margem de...” (p. 127). Associar a ideia do início da velhice ao início da reforma é para o autor uma ideia errada, pois existem muitas pessoas que se reformam numa idade e numa situação pessoal na qual não se consideram como velhos, além disso, há muitas pessoas que nunca se reformam, pois trabalham por conta própria, há ainda aquelas pessoas que voltam a trabalhar depois de reformados, seja ou não na mesma área.

Segundo Clara (1999), com o envelhecimento vem a reforma, verificando-se uma quebra brusca dos hábitos que contribuíram para a manutenção de capacidades intelectuais e físicas. Capacidades, que gradualmente vão declinar, quer pela imobilização física relativa, própria do processo fisiológico de senescência, quer pela redução da utilização das funções cognitivas. Com frequência o idoso é remetido para segundo plano, deixando de ser reconhecido como membro de referência da família, de angariador de sustento, de conselheiro, de líder do agregado familiar. A perda da independência, o afastamento de amigos e colegas, a progressiva imobilização isolam progressivamente o idoso, assim, esquecido pela sociedade, tolerado pela família, o mesmo é paulatinamente invadido pela sintomatologia do envelhecimento biológico, que o tornam cada vez mais dependente.

A atitude perante o início da reforma dependerá do trabalho que a pessoa desempenhava e da sua satisfação no desempenho do mesmo (Carrajó, 1999). Muitos trabalhadores anseiam

pelo momento da reforma para desfrutarem com tranquilidade a vida. A sociedade está repleta de exemplos de trabalhadores que passaram a reforma sem qualquer nostalgia em relação ao trabalho, como por exemplo aqueles trabalhadores que se dedicaram a trabalhos físicos e tediosos; os que encararam a profissão unicamente como um meio de ganhar dinheiro, não possuindo aliciantes, nem conotações afectivas; os que trabalharam fora da sua verdadeira vocação; os que exerceram trabalhos rotineiros. Por outro lado, para aqueles trabalhadores que desempenhavam a sua verdadeira vocação, que encontravam no trabalho um modo de realizar-se pessoalmente, a reforma afectará profundamente a sua personalidade, já que muitas vezes será entendida como perda de prestígio, debilitação das relações com os colegas de profissão, em suma, levará o indivíduo a sentir-se inútil perante a sociedade. A reforma pressupõe a alteração de papéis, cujo processo deu origem a várias teorias, como a teoria da desvinculação (na qual o reformado perde progressivamente as suas faculdade físicas e psíquicas, bem como os seus contactos e as suas relações sociais), a teoria da actividade (na qual sustenta que as pessoas idosas aquando da reforma, quanto mais activas se mantêm, mais satisfatoriamente envelhecem, já que se consideram úteis à sociedade), bem como a teoria da desvinculação-vinculação selectiva (com os anos, a pessoa tem que desvincular-se de certas actividades e contactos sociais, para continuar e potenciar outros mais selectivos) e a teoria da desvinculação transitória (considera que inicialmente há uma desvinculação temporal das actividades e das relações sociais, para posteriormente se voltar a uma renovada e diversificada vinculação).

1.4.5 – *O idoso e as novas tecnologias*

A revolução informática e das redes de informação marginalizou imensos idosos, na medida em que estas podem ter sido percebidas por eles como algo estranho, como

uma ameaça (Villar, 2001). Por outro lado a imagem acerca dos idosos associado a um declive das capacidades físicas e psicossociais, que sustentam uma percepção de que estas possuem uma diminuta susceptibilidade para a aquisição de novos conhecimentos e habilidades, bem como de que estas são dificilmente educáveis, foi tradicionalmente veiculada de forma errónea pela sociedade. O autor salienta que são imensos os benefícios que as formações podem conceder à velhice, contudo é necessário refutar estes estereótipos tradicionais e reformularmos uma educação que contemple todo o ciclo vital. No que concerne à formação nas novas tecnologias, estas podem representar uma mais-valia na velhice, dado que permitem segundo o autor “integração social, aumento do bem-estar, manutenção do funcionamento cognitivo, novas relações sociais” (p. 61). A identificação dos obstáculos que impedem o acesso das pessoas idosas aos meios tecnológicos é deveras importante para a implementação de medidas que visem a sua eliminação ou minimização (Villar, 2003). Estes podem corresponder a problemas de atitude para com os meios tecnológicos e/ou a problemas relacionados com uma escassa formação/conhecimento de como utilizar tais ferramentas. A ideia de que os idosos não são capazes de aprender a utilizar os computadores constituiu um estereótipo refutado pela investigação há imenso tempo (Bean, 2003). Esta autora, com base em conhecimentos emanados por um considerável corpo de investigação acerca deste âmbito, apresenta-nos um vasto leque de técnicas que moderam as possíveis alterações inerentes ao processo de envelhecimento (referentes quer às alterações físicas: deterioração da visão e audição, e ao nível do controlo motor – «tremores»; quer às psíquicas: declínio da atenção e lentificação da cognição), vincando a ideia de que apesar dos declínios dos idosos (que variam de individuo para individuo, não abarcam todos os níveis, e não são típicos do colectivo de idosos), estes podem aprender os conceitos e as habilidades necessárias para a utilização de computadores, desde que se faça um delineamento adequado do programa formativo.

Estudos acerca da utilização das novas tecnologias por grupos de idosos

Num estudo acerca das novas tecnologias da informação (em especial acerca da Internet) efectuado por Milán et al. (2003), a uma amostra de 105 pessoas idosas (com uma média de idade de 73 anos), residentes na cidade da Corunha (Espanha) verificou que apesar da maior parte dos idosos não possuir computador (77,1%), nem trabalhar com aplicações informáticas (78%), gostariam de aprender mais a este nível. Os que se conectam à Internet, efectuam-no através de Centros Sociais e/ou Educativos, não manifestando na generalidade problemas em conectar-se a esta. Os autores salientam que é necessário fomentar mais a utilização da informática, proporcionando programas formativos em informática, já que esta representa uma ferramenta imprescindível na intervenção sobre problemas como o isolamento ou a solidão, entre outros.

Villar (2003) elaborou um estudo onde efectuou a descrição da experiência de uma formação a pessoas idosas no âmbito da informática, visando conhecer os efeitos desta sobre os formandos a três níveis: atitude face aos computadores; manejo autónomo do computador; nível de satisfação com a experiência. O autor concluiu que os programas de formação aplicados constituíram um êxito notável, quer ao nível da capacitação tecnológica das pessoas idosas (que envolve o uso de computador e da Internet), quer ao nível da atitude face às novas tecnologias, revelado pelos níveis de satisfação obtidos.

1.4.6 – *Situações de crise na velhice*

Na vida dos idosos podem surgir mudanças que se traduzem em verdadeiras crises e que não se resolvem com o simples recurso aos mecanismos de defesa habituais (Berger & Mailloux-Poireier, 1995). Estas crises podem afectar o estilo de vida do idoso, bem como

atentar à sua integridade física e psicológica.

DOENÇA

Ser idoso não significa necessariamente ser doente, contudo os estudos epidemiológicos revelam uma maior morbidade e mortalidade neste grupo etário (Ermida, 1995). Para este autor, a redução da resistência aos factores agressores da mais variada natureza, a redução da capacidade de adaptação, a maior morbidade e mortalidade por causas fisiológicas constituem determinantes de um padrão próprio da doença no idoso, padrão este que se caracteriza fundamentalmente por “patologia múltipla, complicações frequentes e graves, apresentação e expressão frustes ou atípicas, estreita relação com componentes sociais, cronicidade e incurabilidade, elevada mortalidade” (p. 58). Por este motivo, as pessoas idosas são os maiores consumidores de cuidados de saúde, quer ao nível ambulatorio, quer em termos hospitalares, constatado pelo maior número de consultas, maior número de visitas domiciliárias, maior consumo de medicação, maior taxa de ocupação de camas, maior duração média de internamento. No início do século XX, as afecções de carácter agudo e de etiologia infecciosa constituíam a grande causa de morte nos idosos, na qual predominavam entre estas a pneumonia, as complicações gripais e a tuberculose. Nos finais do mesmo século, o primeiro lugar na mortalidade deste grupo etário é ocupado pelas doenças do foro cardíaco e cerebrovasculares.

Doenças nos idosos (Demência e Depressão)

A demência entende-se, segundo Oliveira (2005), como a deterioração global do funcionamento cognitivo, afectando também quer a nível afectivo e físico, quer a nível da personalidade, fruto da disfunção ou atrofia do sistema nervoso central, que pode ocorrer

por várias causas. Para o autor é um facto que a incidência da demência aumenta com a idade, contudo não é uma doença exclusiva dos idosos, podendo verificar-se em qualquer idade. O mesmo autor refere-nos ainda que as demências apenas atingem cerca de 5 a 6% da população, sendo muitas delas leves. No idoso pode ser manifestado por uma diminuição do interesse, irritabilidade, desorientação, descuido na higiene, repetição de ideias, perda de memória recente, entre outros, dependendo do tipo de demência (bem como da fase da mesma). Por vezes o seu diagnóstico torna-se difícil.

Tal como a demência, também a depressão pode ocorrer em qualquer idade (Oliveira, 2005). Trata-se de uma das doenças mais estudadas na velhice que pode abranger distintos significados, tais como: uma doença psíquica, um sintoma, um estado afectivo de tristeza ou mesmo melancolia. Pode ser manifestada de distintas formas, como a diminuição das capacidades cognitivas, afectivas e de motivação, isolamento, anorexia, imobilidade, entre outros, não sendo distintas das manifestações que ocorrem em indivíduos mais jovens. A sua etiologia é muito diversificada, podendo ser endógena (genético-hereditárias) ou exógena (solidão; imobilismo; morte do cônjuge; devido à doença grave de um ente querido; complexo de representar um fardo para a família, entre outros).

A depressão constitui uma sobrecarga para as famílias e instituições que cuidam dos idosos, na medida em que afecta consideravelmente a qualidade de vida, constituindo uma carga social e económica para a sociedade (Costa, 2005).

Estudos acerca da depressão nos idosos

Imensos estudos acerca da relação velhice-depressão revelavam disparidade de resultados, dado que alguns revelavam uma relação positiva, enquanto que outros revelavam uma

relação negativa (Buendía & Riquelme, 1994). Para os autores tal advém de distintas metodologias aplicadas, bem como de distintos contextos espaciotemporais pesquisados. Tendo por base um estudo acerca da depressão realizado em 1994 nos EUA, Roberts, Kaplan, Shema e Strawbridge (1997) concluíram que os idosos saudáveis não possuem uma maior propensão para a depressão, relativamente aos adultos jovens. Tendo por base um estudo exploratório efectuado em Portugal por Costa (2005), em que se aplicou uma Entrevista Clínica Semi-Estruturada para o Diagnóstico da Depressão no Idoso (ECDDI) numa amostra idosa (pessoas com idade igual ou superior a 65 anos) institucionalizada (n=105) e numa amostra não institucionalizada (n=106), constatou-se uma prevalência da depressão de 54,5% na população institucionalizada e uma prevalência de 62,9% na amostra não institucionalizada. Para a autora, quer na amostra institucionalizada, quer na amostra não institucionalizada, a presença de diagnóstico de depressão não revelou diferenças estatisticamente significativas em função de variáveis como a idade, o sexo, as habilitações literárias, a situação económica mensal, e a religião.

DEPENDÊNCIA / PERDA DE AUTONOMIA

O conceito de dependência aplica-se à velhice, segundo Kalish (1982/1996, p.156), “como uma agrupação de conceitos separados”. Ela pode representar uma relação interpessoal em que uma pessoa a recebe e a outra fornece, pode representar uma condição em que a pessoa apresenta algum tipo de incapacidade que implique uma necessidade de ajuda.

Tipos de Dependência

Relativamente às pessoas idosas, podemos segundo Blenkner (1969, citado por Kalish, 1982/1996), encontrar quatro tipos de dependência: a económica (ocorre quando uma

pessoa idosa com reforma insuficiente depende de ajudas económicas de outros); a física (quando o funcionamento biológico da pessoa não permite a realização de actividades de extrema importância para a sobrevivência, como o ir às compras para adquirir alimentos, o cozinhar, entre muitos outros exemplos); a mental que é paralela à dependência física (quando as alterações do sistema nervoso produzem alterações de relevo ao nível da memória, em termos de orientação, compreensão, entre outros); a social que surge por perda de pessoas significativas para a vida da pessoa idosa, por perda de papéis e isolamento. Estes tipos de dependência podem estar relacionados uns com os outros, podendo surgir simultaneamente na mesma pessoa, pois verifica-se por vezes que uma ajuda concedida num tipo de dependência vai solucionar as demais (por exemplo, auxiliando um idoso nas suas necessidades físicas, podemos contribuir que se sinta menos ansiosa, que interaja com os demais, enfrentando assim a dependência social).

Perda de Autonomia

Para Laforest (1989/1991) a perda de autonomia pessoal representa a “manifestação mais frequente de uma deterioração da identidade pessoal em pessoas de idade” (p.111). O autor alerta-nos que o conceito de «perda de autonomia» não é sinónimo do conceito de «dependência», dado que a perda de autonomia envolve uma dimensão física e psíquica. Nesse sentido, um idoso pode apresentar incapacidade parcial ou total para a satisfação das suas necessidades físicas básicas, contudo a perda de autonomia só está presente se para além desta incapacidade o indivíduo não conseguir que estas necessidades sejam satisfeitas de alguma forma. Para o autor os factores mais susceptíveis de contribuir para a diminuição da autonomia pessoal dos idosos são: a doença / falência física; a insuficiência de recursos necessários à satisfação das necessidades, ao nível da rede primária (ex: família) e ao nível da rede secundária (serviços sociais e de saúde); a pressão do meio (ex:

superprotecção dos idosos).

MORTE

É evidente a tendência para se associar a velhice à morte, o que é errado, pois a morte deve-se essencialmente às doenças crónicas e não à velhice (Berger & Mailloux-Poireier, 1995). Para os autores a morte, seja relativa a nós, seja relativa aos outros constitui uma realidade de difícil aceitação, pois lembra-nos constantemente o carácter limitado da vida. Em termos biológicos, a morte “marca a paragem de funcionamento de todos os processos vitais, e é muitas vezes determinada pelo cessar dos batimentos cardíacos” (p. 510). Os sentimentos que experimentamos acerca da nossa própria morte e a dos nossos entes queridos, constitui o aspecto psicológico da morte. Em termos sociais, a morte representa a quebra das nossas relações humanas. Por vezes antes da morte biológica, os idosos já são considerados “socialmente mortos”. Os idosos atribuem à morte sentidos distintos (positivo e/ou negativo), tal dependerá de vários factores, tais como a personalidade, a educação, as experiências de vida, a religião, entre outros.

VIUEZ

A morte do cônjuge constitui um acontecimento de vida que obriga a uma reestruturação do padrão de funcionamento quotidiano (Izal & Montorio, 1999). A reacção emocional face à morte do cônjuge é extremamente complexa, podendo assumir várias formas, tais como: os sentimentos de ira, a negação, o alívio e a culpa. Nos idosos, frequentemente a viuvez é responsável pelo aparecimento de sintomatologia depressiva, encontrando-se também associada ao desenvolvimento de processos mórbidos graves e inclusivamente

pode levar à morte.

As perdas de nível interpessoal têm uma importância primordial na vida dos idosos, pois muitas vezes condicionam todas as suas vivências posteriores, na medida em que podem criar sentimentos de solidão e de abandono, e podem levar a pessoa a questionar-se acerca da sua própria existência (Pimentel, 2001). Alguns idosos recusam em participar em actividades com conotação de divertimento e de recreação, pois para eles a viuvez deve ser acompanhada de uma privação voluntária ou quando muito, de uma participação passiva.

SOLIDÃO

Ao longo dos anos, os psicólogos e os sociólogos, conceptualizaram a solidão segundo várias abordagens (psicodinâmica, fenomenológica, existencialista, sociológica, interaccionista, cognitiva). Apesar das várias abordagens, segundo Neto (1992a, p.21,22):

Parece existir um consenso sobre uma característica da solidão, ou seja, a sua dimensão temporal: pode sentir-se em relação ao passado, ao presente ou ao futuro. As pessoas sentem-se sós em relação a uma pessoa, um objecto, um acontecimento, um meio familiar de interacção ou uma recordação do passado.

A solidão constitui uma experiência extremamente penosa que se atribui a uma necessidade de intimidade não satisfeita, que advém de relações sociais sentidas como insuficientes ou insatisfatórias (Berger & Mailloux-Poireier, 1995). Para os autores, tudo que reduz a auto-estima (os problemas de saúde, a perda de papéis, o isolamento social, entre outros) aumenta a solidão. Diferentes pessoas em distintas situações, poderão

segundo Fernandes (1995), experimentar distintos sentimentos de solidão, pois trata-se de uma experiência subjectiva, que poderá surgir não apenas quando se está só, mas também quando se está acompanhado com pessoas com quem não desejamos estar. A redução progressiva da visão e da audição, a insegurança na capacidade de mobilização, a doença, a incapacidade, a dependência, representam experiências negativas que poderão conduzir o idoso à solidão, se o mesmo não tiver apoios familiares ou sociais.

Estudos acerca da solidão

Existe na nossa cultura o estereótipo de que as pessoas idosas são as pessoas que mais sofrem de solidão, contudo os imensos estudos efectuados revelam que tal estereótipo não se confirma quando as pessoas revelam a sua própria experiência de solidão (Neto, 1922b). Um estudo efectuado em 2001 na Grã-Bretanha, por Victor, Scambler, Bowling e Bond (2005) em que se procurou identificar a prevalência da solidão em pessoas idosas (entendidas cronologicamente como pessoas com idade igual ou superior a 65 anos), bem como os factores de risco responsáveis pelo seu aparecimento, e comparando posteriormente os resultados com os dados obtidos em estudos desenvolvidos nas cinco décadas anteriores, verificou que da amostra estudada, apenas 7% dos idosos sofria de solidão severa, verificando que houve poucas alterações nas últimas cinco décadas. Foram identificados factores de vulnerabilidade para a solidão, entre os quais se destacam o estado civil, a morbilidade mental e a situação de saúde. A idade avançada e um nível de educação pós-básico foram identificados como factores protectores independentes. Os autores, com base nos resultados obtidos destacam relativamente à solidão a existência de intervariabilidade humana na velhice, na medida que nos salientam que a solidão pode seguir caminhos distintos, tais como: continuação de um atributo de solidão há muito tempo estabelecido; início tardio da solidão; e diminuição da solidão.

SEXUALIDADE NOS IDOSOS

Na velhice ocorrem alterações na actividade sexual decorrentes de factores fisiológicos, psicossociais, ambientais e culturais, entre outros.

Factores Fisiológicos

Com o avançar da idade, nas mulheres o padrão de excitação torna-se mais lento, a mucosa vaginal torna-se mais seca, mais fina e menos elástica, ocorre diminuição da lubrificação durante a relação sexual, e o orgasmo pode ser mais curto e menos intenso, enquanto que no sexo masculino, o padrão de excitação torna-se mais lento, o pénis menos sensível e com ângulo de erecção menor, o volume de ejaculação é reduzido e a fase de recuperação para se alcançar uma nova erecção torna-se mais lenta (González & Ramos, 1994).

Factores Psicossociais e Culturais

A sociedade possui de forma errónea, uma série de tabus e falsas crenças acerca da sexualidade nos idosos, como por exemplo as que são apresentadas no quadro 6 por González e Ramos (1994).

Quadro 6 – Falsas crenças acerca da sexualidade

- Aos idosos o sexo não interessa;
- Os idosos não têm capacidade fisiológica que lhes permita ter condutas sexuais;
- A actividade sexual no idoso prejudica a saúde;
- Os idosos que se interessam por sexo são “tarados”;
- É indecente e de mau gosto que os idosos manifestem interesse sexual;
- Os desvios sexuais são mais frequentes no idoso.

Fonte: *La Sexualidade en la Vejez* (p. 154), González, H., & Ramos, F. (1994). In J. Buendía (eds.), *Envejecimiento y psicología de la salud*. Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores, SA.

Através da publicidade e dos meios de comunicação de massa, a sociedade marcou, estigmatizou o idoso devido à sua idade, destituindo-o da sua sexualidade e inibindo a sua sensualidade. Tal como nos refere Ballone (2002), vários segmentos da nossa sociedade (desde a família até aos mass media) consideram como inapropriada a actividade sexual nos idosos. Para muitos, a mesma é percebida como imoral ou bizarra, discriminando-os quando apresentam qualquer manifestação de interesse sexual (Ballone, 2002). Dependente do peso da cultura, a experiência sexual do passado é um dos factores de extrema importância para o êxito no desenvolvimento sexual nas idades mais avançadas.

Factores Ambientais da Sexualidade

As dificuldades de expressão da sexualidade podem ocorrer, segundo Sánchez e Ulacia (2005), quer nos idosos que vivem em família, quer nos idosos institucionalizados, tal acontece, quer devido à falta de condições (essencialmente espaciais), quer devido à falta de respeito pela privacidade dos idosos por parte dos familiares e/ou dos funcionários da instituição que cuidam desses idosos. Também as falsas crenças acerca da sexualidade nos idosos que existe nesses cuidadores e que se repercutem através de condutas recriminatórias contra qualquer expressão natural da sexualidade contribuem para uma imagem assexuada dos idosos. Para os autores “mais importante que a educação sexual na velhice é conseguir que todos os aspectos organizativos (espaços, normas, actividades, etc.) facilitem as relações interpessoais, quer as próprias relativas às relações sociais mais convencionais, quer em relação às íntimas.” (p.140).

Factores Patológicos e Farmacológicos

Tendo por base Roach (2001/2003), Ballone (2002), Sánchez e Ulacia (2005), são várias as doenças (acidentes cerebrovasculares, diabetes, osteoartrite, artrite

reumatóide, entre outras), bem como as incapacidades que podem resultar das mesmas (como por exemplo as mudanças artríticas que causam dor e deformidades, resultantes da artrite reumatóide ou até da osteoartrite), que podem afectar a sexualidade nos idosos. Por vezes o próprio tratamento instituído pode ser responsável por uma disfuncionalidade na sexualidade, como acontece por vezes devido: aos efeitos secundários que advêm da medicação prescrita (pois podem afectar a libido, causar impotência, entre outras alterações); a alteração da imagem corporal causada por cirurgias mutiladoras como mastectomia ou amputação de membros, que podem diminuir a auto-estima e a libido. Aquando de doenças/incapacidades no(a) idoso(a), em que o parceiro sexual é o(a) cuidador(a), pode haver confusão de papéis e também cansaço físico pelas tarefas executadas no cuidado, restringindo o interesse sexual.

Modelo Coital / Modelo de Prazer

Segundo Kalish (1982/1996) não é correcto definir a sexualidade apenas tendo por base o acto sexual genital. Para o autor uma relação sexual saudável pode ser expressa através de várias manifestações: carícias, abraços e massagens, entre outros, conferindo muitas oportunidades às pessoas idosas no que confere ao comportamento sexual. González e Ramos (1994) destacam-nos dois modelos de sexualidade: o modelo sexual baseado no jovem (coital) e o modelo de sexualidade baseado no prazer. O modelo sexual baseado no jovem tem ajudado a privar os idosos de uma actividade sexual activa e gratificante. No idoso, a diminuição de resposta na erecção, somada a uma grande ansiedade por medo de fracasso, pode levar ao abandono do desejo e da actividade sexual. Ao acreditar que a sexualidade pertence aos jovens, os idosos autocensuram-se e ridicularizam o parceiro quando este tenta qualquer tipo de envolvimento sexual.

Deste modelo advêm consequências como a baixa auto-estima, a maior vulnerabilidade a transtornos mentais (ansiedade, depressão, entre outros), maior frustração, percepção negativa da vida, isolamento, solidão, entre outros, implicando que a velhice seja percebida como uma etapa de declive. O modelo do Prazer defende que o homem e a mulher podem gozar por igual, uma sexualidade significativa, sem limite de idade, pois o desejo sexual, os afectos não dependem do coito. Este modelo contribui para uma maior auto-estima, maior equilíbrio e maturidade, saúde física e mental, bem como para uma percepção positiva da vida, em que a velhice é encarada como uma etapa proveitosa.

Vantagens da velhice sobre a sexualidade

Quase todas as limitações que advêm do processo de envelhecimento podem, segundo Sánchez e Ulacia (2005), ser controladas. Para além desta possibilidade, os autores referem-nos também que a velhice pode conceder algumas vantagens em termos de satisfação sexual, como por exemplo:

- Menor necessidade em ejacular e maior controlo sobre a ejaculação, implicando que o idoso possa estar mais pendente da satisfação da mulher, possibilitando entre ambos um maior sincronismo na fase do orgasmo.
- A maior lentidão dos processos de excitação permite que as pessoas idosas desfrutem a sexualidade com maior tranquilidade.
- Vai ocorrer um maior interesse dos idosos pelo contacto corporal global, em que os afectos e a comunicação diminuem a focalização no acto coital imediato, como ocorre em muitos jovens (rapidez percebida muitas vezes como uma queixa comum por parte das mulheres, pois não foi incutido tempo suficiente na relação, para as mesmas alcançarem o orgasmo).

- Para além de não existir o receio de poder ocorrer uma gravidez (como ocorre em mulheres jovens), não é necessário a utilização de meios contraceptivos que poderiam desencadear efeitos secundários (como por vezes acontece com a utilização da pílula contraceptiva, entre outros).

Estudos acerca da sexualidade nos idosos

Entre as pessoas idosas a sexualidade reflecte uma grande variabilidade, como verificaram Sánchez e Ulacia (2005) em 47 entrevistas que realizaram aos mesmos, traduzindo-se numa enorme dificuldade em encontrar um padrão sexual comum na velhice, comprovando também a multidireccionalidade do desenvolvimento defendida pelas teorias evolutivas. Os resultados revelaram também que são vários os factores que influenciam a mesma (psicossociais, relacionados com a saúde, entre outros).

CAPÍTULO II – OS ESTEREÓTIPOS

II

2.1 – Origem e Evolução do Conceito

O termo estereótipo foi utilizado já em 1922 pelo Jornalista Lippmann no seu livro “*A opinião pública*”, com o intuito de expressar o carácter condensado, esquemático e simplificado das opiniões. O autor definia os estereótipos como “imagens nas nossas cabeças” que visavam representar de forma simples as realidades complexas. Lippmann (1922) considerava os estereótipos como factualmente incorrectos, rígidos e irracionais.

Com Katz e Braly (1933) inicia-se a operacionalidade do conceito de estereótipo, efectuando-se as primeiras investigações no âmbito. Nesse sentido, os autores obtiveram inicialmente um questionário constituído por uma lista de 84 adjectivos, resultantes de uma caracterização/tipificação acerca de dez grupos étnicos, efectuada por um grupo de 25 estudantes, e preenchida com características normalmente incluídas na literatura. Seguidamente solicitou-se a uma amostra de 100 estudantes da Universidade de Princeton (EUA) que com base nestes adjectivos, caracterizassem dez grupos de nacionalidades distintas, tendo sobressaído deste estudo uma caracterização negativa para com os negros e uma caracterização positiva para com os americanos. Para os autores, na base do preconceito racial reside um conjunto generalizado de estereótipos fortemente impregnados, que inclui a atribuição de respostas emocionais ao nome das raças, o crédito conferido às características típicas que se associam ao nome das raças, bem como a componente avaliativa destas características.

Allport (1954) conferiu um novo impulso ao conceito ao efectuar a distinção entre a sua

estrutura e a sua função. Para este autor um estereótipo “é uma crença exagerada que está associada a uma categoria. A sua função visa justificar a nossa conduta em relação a essa categoria” (p.191). Os estereótipos ajudam as pessoas a simplificar as suas categorizações, tenham ou não, um núcleo de verdade, e são reforçados pelos meios de comunicação de massas que os revivem continuamente e insistem sobre os mesmos.

O estereótipo é para Tajfel (1981/1982) uma imagem mental muito simplificada, de alguma categoria de pessoas, instituições ou acontecimentos, sendo compartilhada por um grande número de pessoas relativamente às suas características essenciais. Estas categorias podem ser amplas (ex: brancos e negros) ou estreitas (ex: feministas, filhas da revolução americana). Frequentemente estes estereótipos estão acompanhados de preconceitos. O autor salienta-nos que os estereótipos tornam-se sociais quando há compartilhada por um elevado número de pessoas no interior de grupos sociais ou entidades. Nos estereótipos sociais o «contexto social» representa que, tal como nos cita o autor:

os estereótipos comuns a um grande número de pessoas provêm de, e são estruturados pelas relações entre grupos sociais e entidades de larga escala. O funcionamento e a utilização dos estereótipos resultam duma profunda interação entre esta estruturação contextual e o seu papel na adaptação dos indivíduos ao meio social em que estão inseridos. (p.163)

Para Atkinson, Atkinson, Smith, Bem e Nolen-Hoeksema (2002, p.320) o estereótipo é um “conjunto de inferências sobre traços da personalidade ou atributos físicos de uma classe inteira de pessoas”. Atendendo que os estereótipos representam classes de pessoas, eles são considerados como um tipo de «esquema», sendo que, ao nível da percepção e do pensamento, os «esquemas» possibilitam-nos um processamento

rápido e económico de grandes quantidades de informação (economia cognitiva), tendo como senão o enviesamento do objecto ou evento, caso estes «esquemas» não se ajustem aquando da codificação.

Garcia-Marques e Garcia-Marques (2003, p.11) definem os estereótipos como “representações cognitivas de grupos humanos e categorias sociais, frequentemente compartilhados socialmente. Estas representações estão frequentemente eivadas de valor e/ou fortes associações emocionais que, quando de carácter negativo, definem preconceito”.

Apesar de que desde a introdução do termo estereótipo por Lipmann até à actualidade, ainda não ter decorrido um centenário, distintas perspectivas teóricas acerca da sua génese/formação se destacam da literatura, perspectivas estas de que nos ocuparemos em seguida.

2.2 – Abordagens Teóricas no Estudo dos Estereótipos

Duas correntes investigatórias se destacam da consulta da literatura no âmbito dos estereótipos (Dorai, 1988). Uma sociológica que aborda os estereótipos como algo de patológico, outra mais experimentalista que não os concebe como patológicos, mas antes como decorrentes normalmente da forma como se trata a informação. A primeira corrente tem por base que o patológico incutido ao estereótipo decorre de um processo deficiente de pensamento, argumento este explanado segundo Dorai (1988), com base em quatro razões desenvolvidas por distintos autores, que consideram os estereótipos como: incorrectamente aprendidos; sobregeneralizações; não coincidentes com os factos que descrevem; e rígidos.

A segunda corrente tem por base que os estereótipos são: categorias/conceitos; generalizações; inferências elaboradas com base nas teorias implícitas da personalidade. Para Miranda (1996) na primeira abordagem é possível incluir-se duas perspectivas: a psicodinâmica (em que por exemplo os estereótipos são tidos pelos psicanalistas como redutores da ansiedade, funcionando desta forma como mecanismos de defesa) e a sociocultural (os estereótipos resultam do processo de socialização, de imagens sócio-culturais). Na segunda corrente se incluirá uma perspectiva cognitivista.

Categorização

Na base da formação dos estereótipos, Allport (1954) introduziu para a sua explicação, o processo de categorização, processo este que ocorrerá de uma forma universal nos seres humanos. Para o autor cinco características gerais se atribuem a este processo:

- Forma grandes classes e grupos que nos orientam nas nossas adaptações quotidianas. Frequentemente no nosso dia-a-dia recorremos a categorias pré-formadas para tipificarmos acontecimentos isolados, colocando estes numa rubrica familiar e ajustando-nos de acordo com as suas prováveis consequências (ex: se o dia escurece, o barómetro desce, tal corresponderá a uma provável «chuva» que virá aí, representando que será pertinente levarmos um guarda-chuva). Por vezes o acontecimento não corresponde na realidade à categoria que atribuímos (ex: não choveu), contudo a conduta seguida foi racional, baseando-se numa probabilidade elevada. Imensos acontecimentos ocorrem durante o dia, sendo que se tornaria difícil apreciá-los um a um como se fosse um novo acontecimento absoluto, daí a necessidade se recorrer a este processo que acontecerá ao longo de toda uma vida.

- A categorização assimila-se o mais possível ao grupo. A tendência para a generalização incute uma rapidez de análise ao acontecimento, permitindo uma percepção

de maior facilidade na resolução de problemas. Segundo o autor esta compressão de informação mesmo que esteja enviesada incute-nos maior comodidade, dado que exige um menor esforço da nossa parte para compreender o acontecimento.

- A categoria permite-nos identificar rapidamente um objecto relacionado. Cada objecto possui determinados traços que facilitam a identificação através do recurso a categorias, actuando-se em função da mesma (ex: se observamos que um carro se dirige a nós aos «zigue-zagues», deduzimos que o condutor estará embriagado, levando-nos a precaver em relação a essa situação). As categorias possuem assim uma relação estreita e imediata com o que observamos, na forma como o julgamos e sobre a nossa actuação.

- A categoria satura tudo o que contém, com o mesmo tipo de ideias e emoções. Determinadas categorias são segundo o autor “quase puramente intelectuais” (p. 21), a que denominamos de conceitos, sendo que a muitos destes conceitos associamos sentimentos próprios (ex: o conhecimento que temos acerca do que significa ser mexicano ou londrino pode ser acompanhado de agrado ou desagrado).

- As categorias podem ser mais ou menos racionais. Regra geral uma categoria tem por base um ponto de verdade que se solidifica com base na experiência adquirida, sendo considerada tanto mais racional quanto maior for a probabilidade de predição desse acontecimento, são exemplos: em determinadas categorias étnicas categorizamos que os negros possuem pele escura, apesar de que nem sempre tal corresponde à realidade; Quando vemos um francês e um alemão, categorizamos que o primeiro fala melhor francês que o segundo, contudo tal poderá não acontecer). Isto representa para o autor que a nossa mente “parece não fazer nenhuma distinção na formação de categorias: as categorias irracionais formam-se com igual facilidade que as racionais” (p.22).

O autor salienta que o “estereótipo não é idêntico a uma categoria; mas antes uma ideia fixa que acompanha esta categoria” (p.191).

Há décadas atrás, Tajfel (1981/1982) destacava o enorme desenvolvimento na investigação acerca dos estereótipos, realizada no âmbito da Psicologia Social, sendo que a estrutura geral e a função dos estereótipos eram os conteúdos com maior destaque. O autor corroborava com a ideia de que para uma análise completa e adequada dos estereótipos devia-se ter em consideração a compreensão da sua mecânica cognitiva. O autor define os estereótipos como generalizações obtidas pelos indivíduos que “derivam predominantemente, ou são uma instância, do processo cognitivo geral da categorização” (p. 162). Este processo visa a simplificação ou sistematização da informação abundante e complexa que advém do meio. A categorização permite a conversão de diferenças menos claras entre grupos para diferenças mais visíveis, no entanto pode também originar novas diferenças onde elas estão inexistentes. O autor com base na experiência comum e na evidência da investigação experimental em psicologia social considera que existem três aspectos a destacar na categorização, sendo eles:

- uma dimensionalidade que pode ser empiricamente conferida na abordagem dos traços ou características pessoais.
- por meio da experiência pessoal e cultural as dimensões integram de forma subjectiva as classificações de pessoas em grupo, sendo que, enquanto o conhecimento acerca do indivíduo for diminuto, existe uma tendência para se lhe atribuir as características que possuímos acerca da sua classe de pertença. Daqui resultam, segundo o autor, duas inferências, uma revelada pelas interpretações ambíguas verificadas em muitas situações sociais, que se sustentam com maior facilidade na procura da evidência que justifique as supostas características de classe de um indivíduo, do que na procura de evidência que as contradiga. A outra inferência, que é socialmente de maior importância, resulta da necessidade de termos que interpretar o comportamento em massa dos elementos de um dado grupo, sendo mais provável verificar-se uma diminuta retroacção negativa evidente

quando relativamente às supostas características de classe atribuímos este comportamento.

- a tendência para a simplificação acarreta consequências, como a que surge de uma classificação que se relaciona com uma dimensão contínua, que implica uma tendência para o exagero das diferenças desta dimensão entre itens das distintas classes e para a minimização das distinções no seio de cada uma das mesmas.

A consideração do estereótipo como um componente cognitivo das atitudes preconceituosas e como consequência inevitável dos processos de categorização mereceu a discordância por parte de Devine (1989). Este autor realizou vários experimentos, cujo objectivo primário visava analisar de que forma os estereótipos e as crenças pessoais se envolviam nas respostas atribuídas para com os grupos estereotipados, dos quais destaca-nos acerca dos mesmos:

- quer os indivíduos com baixo nível de preconceito, quer os indivíduos com alto nível de preconceito, conheciam muito bem o estereótipo cultural. As crenças pessoais acerca do grupo estereotipado que são distintas destes conhecimentos podem ou não ser congruentes com o estereótipo. Se a congruência ocorre, estaremos perante um indivíduo preconceituoso.

- a activação automática do estereótipo (resposta involuntária), que de igual forma surge intensamente em indivíduos com baixo e alto nível de preconceito, é accionada aquando da presença de um membro ou elemento simbólico do grupo estereotipado. Para que não ocorram respostas preconceituosas resultantes da activação do estereótipo, é necessário haver um processo controlado, através da inibição intencional do estereótipo (resposta voluntária), bem como pela activação (resposta consciente) da estrutura das crenças não preconceituosas mais recentemente adquiridas.

- Mesmo que ocorra uma modificação das crenças, deixando de estar em

congruência com o estereótipo, este não é eliminado da memória, pelo que terá que desenvolver-se as relações entre a estrutura do estereótipo e a estrutura das crenças não preconceituosas, isto é, a cada activação automática do estereótipo deverá ser correspondida por activação consciente e frequente de novos padrões de ideias e comportamentos, significando que para a mudança de atitude ocorrer é necessário intenção, maior atenção e essencialmente tempo.

Correlação Ilusória

Para além do processo de categorização, para Hamilton e Gilfford (1976) um processo denominado de correlação ilusória (que se reporta à percepção errónea de uma correlação inexistente entre duas classes de eventos) estará na base cognitiva dos julgamentos estereotípicos. Os autores efectuaram uma investigação experimental onde demonstraram que através da correlação ilusória se consegue desencadear entre grupos, discriminações na avaliação. Neste sentido, foi solicitado a uma amostra de estudantes universitários que cotassem em termos de desejabilidade o comportamento de dois grupos (grupo A – 26 estudantes; grupo B – 13 estudantes), sendo que hipoteticamente eles se incluíam num deles. Os autores utilizaram como materiais-estímulo uma série de afirmações que descreviam um comportamento de um determinado indivíduo do grupo A ou do grupo B (maioritariamente os itens reportavam-se a comportamentos quotidianos comuns, como por ex. «raramente chega atrasado ao trabalho»). A média e a variabilidade dos valores de desejabilidade dos itens eram idênticas para os dois grupos (isto é, apresentavam a mesma proporção de traços positivos/ negativos: 18/8 – grupo A; 9/4 – grupo B). Constatou-se que os estudantes sobrestimaram a ocorrência de comportamentos negativos para o grupo B (minoritário), enviesamento este que estava associado aos comportamentos indesejáveis. Os autores efectuaram um segundo experimento, onde inverteram as proporções dos traços

(maior proporção de traços negativos), tendo-se deparado que os indivíduos sobreavaliaram para o grupo minoritário a ocorrência dos comportamentos desejáveis (positivos). Marques e Marques (2003) salientam que esta investigação consolidou e radicalizou a perspectiva cognitiva, na medida em que se demonstrou que, tal como nos citam estes (p. 18):

- Não é necessário um fundo de verdade para a emergência de estereótipos;
- Não é necessário invocar processos psicológicos *sui generis* ou *ad hoc* para a emergência de estereótipos;
- Não são necessárias perturbações de personalidade para a emergência de estereótipos;
- Não é necessário que os estereótipos correspondam à assimilação de valores sociais vigentes.

Hamilton e Rose (1980) efectuaram uma investigação com o intuito de identificar o papel das correlações ilusórias relativamente à manutenção de estereótipos sociais, tendo eles constatado que a aquisição de informação correspondente à confirmação do estereótipo implica uma recordação posterior como um acontecimento que ocorreu mais vezes do que na realidade aconteceu, este enviesamento contribui desta forma para a manutenção das crenças estereotipadas.

Perspectivando as Teorias ao âmbito dos Idosos

Os estereótipos relacionados com a idade podem ser analisados, segundo Hummert (1999), com base em três perspectivas: a sócio-cultural; a psicodinâmica; e a sócio-cognitiva. A primeira, tal como nos cita a autora, reporta-se a “crenças acerca das características das pessoas idosas, mantidas por todos os membros de uma cultura em particular” (p. 176).

Segundo a autora, com base nesta perspectiva, os estereótipos acerca dos idosos são negativos, frequentemente incorrectos, aplicados de igual forma a todos os indivíduos com idades acima dos 65 anos, tais estereótipos reforçam as práticas culturais discriminatórias e levam ao isolamento do idoso. Enquanto que a perspectiva sócio-cultural vê a sociedade como uma fonte de estereótipos negativos, a perspectiva psicodinâmica tem por base a personalidade do indivíduo (exemplo disso são os estudos que correlacionam o autoritarismo, a agressividade, entre outras, com a presença destes estereótipos negativos atribuídos a idade) e a função psicológica dos estereótipos. Para Hummert (1999) a perspectiva sócio-cognitiva que contempla os estereótipos como esquemas de percepção pessoal, direcciona-nos para a compreensão da forma como os estereótipos atribuídos à idade se tornam salientes e como afectam os nossos comportamentos, superando a perspectiva sócio-cultural e a psicodinâmica, dado que estas ignoram tais questões. Nesta perspectiva, estão documentadas visões positivas e negativas nas investigações acerca dos estereótipos atribuídos devido à idade.

Apresentadas as distintas perspectivas teóricas acerca da génese/formação dos estereótipos, estas podem incutir distintas funções aos estereótipos, como por exemplo as abordadas em seguida.

2.3 – Funções dos Estereótipos

Allport (1954) na sua publicação “The Nature of Prejudice” havia concedido ao processo de categorização que está na base da formação dos estereótipos, a função de redução e simplificação da complexidade do meio, sendo que a função do estereótipo residia na justificação (racionalização) do nosso comportamento relativamente à categoria.

Tajfel (1981/1982) tendo por base a análise destes conteúdos, considerava que Allport combinava desta forma duas funções: a cognitiva e a de valor da estereotipia.

Tajfel (1981/1982) foi para além da perspectiva cognitivista individual dos estereótipos, considerando que para além das funções individuais (como as duas últimas apresentadas anteriormente) os estereótipos possuem funções sociais, tais como:

- função de causalidade social – procura compreender um conjunto de elementos sociais do meio.
- função de justificação social – visa justificar os comportamentos tidos para com o exogrupo.
- função de diferenciação social – existe uma tendência para a diferenciação positiva, em que se favorece o endogrupo e se desfavorece o exogrupo, na medida em que se percebe mais semelhanças no endogrupo e mais distinções entre o endogrupo e o exogrupo, do que na realidade existem. Esta função segue a perspectiva teórica da identidade social.

Snyder e Miene (1994) apresentam-nos as funções com base nas distintas perspectivas, assim nesse sentido: quanto à perspectiva cognitiva, a sua função primordial será a de uma economia cognitiva; quanto à perspectiva psicodinâmica, a sua função primordial residirá na protecção do ego; quanto à perspectiva sociocultural, a sua função primordial que é social, visará ajudar as pessoas a ajustarem-se e a identificar-se aos endogrupos sociais e culturais. Tendo por base a adaptação destas funções ao âmbito dos idosos, os autores salientam: na perspectiva cognitiva a sua função visa reduzir a complexidade da informação acerca das pessoas idosas, acarretando efeitos sobre o julgamento e comportamento do indivíduo para com a pessoa idosa, em que esta é caracterizada como

pertencente a um grupo que compartilham as mesmas características específicas; na perspectiva psicodinâmica a protecção do ego resultante dos estereótipos acerca das pessoas idosas, defende o jovem da ameaça acarretada pela presença do idoso (exogrupo), atendendo que os pensamentos acerca dos idosos e do envelhecimento lembram ao jovem que também um dia eles envelhecerão, que não manterão a aparência física, nem as habilidades presentes; na perspectiva social, dado que para a maioria dos jovens o contacto com idosos é mínimo (à excepção daqueles cujos seus avôs vivem perto), os jovens na sua socialização absorvem os estereótipos acerca dos idosos com os seus pares (função social), que ocorre essencialmente da relação com outros jovens, assim como através dos média.

Castro, Díaz e Vega (1999) integram numa função a que denominam de ideológica três funções sociais (a de explicação de acontecimentos de larga escala; a justificação de acções tidas ou planeadas contra os exogrupos, a diferenciação positiva a favor do endogrupo), dado que nas ideologias, tal como ocorre ao nível dos estereótipos étnicos, e como nos citam os autores: “podemos distinguir uma definição de endogrupo, perfeitamente diferenciado e com características positivas (bom, honrado, autêntico, justo) e uma definição de exogrupo, com traços opostos” (p. 112). Outra das funções que os autores destacam, reporta-se à função projectista de defesa do eu através de mecanismos de deslocação, na medida em se pode projectar em outros grupos aqueles sentimentos, impulsos e desejos que são inaceitáveis para o eu, sendo que tal concepção permite essencialmente, conhecer melhor o grupo responsável pelos estereótipos.

Em seguida abordaremos os estereótipos acerca das pessoas idosas, onde se destaca: a construção da imagem do idoso e do envelhecimento ao longo da história até à actualidade, a visão positiva e negativa na sociedade contemporânea, a influência dos meios de

comunicação na gênese/formação dos estereótipos, e a operacionalização da investigação da imagem social nas últimas décadas, acerca das pessoas, da velhice e do envelhecimento. Finalizamos este subcapítulo com a abordagem da repercussão dos estereótipos nas pessoas idosas.

2.4 – Estereótipos Acerca das Pessoas Idosas

2.4.1 – *Perspectiva histórica da construção da imagem do idoso e envelhecimento*

É comum ouvir-se que os idosos em tempos passados eram percebidos com mais respeito, atribuindo-se-lhes o poder da sabedoria, valorizando-se a experiência acumulada ao longo da vida. Consultada a bibliografia referente à história da velhice (Beauvoir, 1970/1983; Minois; 1987/1999, Carvalho, 1989; Granjel, 1991, Granjel, 2004), deparamo-nos que logo desde os povos primitivos a imagem destes nem sempre correspondeu a uma visão positiva, dado que, tal como nos salienta Minois (1987/1999) “O lugar atribuído ao velho depende do contexto cultural geral: esta verificação observa-se em todas as épocas e os povos sem escrita são disso um exemplo” (p. 22).

A importância atribuída aos idosos na pré-história resultaria essencialmente, segundo Minois (1987/1999), da percepção relativa às dificuldades que constituía alcançar as idades mais elevadas, compreendido muitas vezes como um fenómeno sobrenatural. Por essa razão a maior parte dos feiticeiros, sacerdotes eram pessoas de idade avançada, o que levava a serem percebidos como agentes que lidavam com as forças do mal, desencadeando daqui, segundo o autor, uma primeira ambiguidade relativamente às atitudes para com estes, como por exemplo a que sucedia na África negra, em que

enquanto apenas dois ou três idosos da tribo eram sacralizados e faziam parte hierárquica sobrenatural, os restantes eram repelidos.

O atributo da sabedoria e da experiência eram concedidos aos idosos dos povos de civilização oral, cuja mensagem prevaleceu através de um provérbio africano “Quando um velho morre é uma biblioteca que arde”. Estes Juízes da gestão dos seus saberes e da sua experiência conferiria um papel político aos idosos nos povos primitivos, resultando daqui o conhecido e mais venerado “Conselho de anciãos”. Contudo, as contradições também se verificavam nestes povos primitivos de civilização oral, exemplos disso eram: a atribuição da decrepitude e fealdade aos idosos por parte dos índios Nambikwara; nas povoações do Grande Norte Siberiano, quando o idoso deixava de poder caçar, em concordância com o grupo, suicidava-se através do enregelamento ou caminhando até não poder mais; alguns povos africanos desembaraçavam-se dos idosos considerados senis; entre muitos outros exemplos que nos apresenta Minois (1987/1999).

É também através da escrita dos antigos textos que se denota a existência de uma percepção negativa da imagem do idoso. Minois (1987/1999) apresenta-nos no seu livro vários documentos egípcios que relatam imagens negativas acerca da velhice, descrevendo deficits essencialmente biológicos. Carvalho (1989) refere-nos que a medicina faraónica considerava que a origem do envelhecimento estava no coração, de tal forma que a fraqueza do idoso correspondia a uma dilatação do mesmo.

Tendo também por base os documentos acerca do antigo testamento (Minois, 1987/1999), são inúmeras as mensagens de valorização e desvalorização (e até mesmo de chacota) acerca da pessoa idosa.

A Grécia antiga, considerada mãe da civilização ocidental, dado que foi deveras importante para a cultura ocidental (principalmente desde o século V a.C.) ao nível da arte, da filosofia, no teatro e na política, destaca-nos essencialmente uma visão negativa da velhice. Na epopeia homérica, a mitologia desprezava a velhice (os deuses eram representados essencialmente como jovens, e se bem que existiu uma deusa da velhice, esta era representada por uma idosa coberta por um manto negro, apoiada sobre um cajado) e exaltava principalmente a juventude (os heróis, como Aquiles, Ulisses, eram jovens combatentes). Se bem que existia um “Conselho de anciãos” imensas vezes mencionado aquando de dificuldades, o papel destes era segundo Minois (1987/1999), meramente consultivo. Também os autores cómicos gregos difundiram uma imagem negativa acerca da velhice, tendo acentuado pateticamente os declínios próprios das idades avançadas. Relativamente aos filósofos, os dois mais conhecidos (Platão e Aristóteles) adoptaram uma postura antagónica, em que Platão considerava a velhice como uma garantia de sabedoria e de capacidade política (considerando que a cidade ideal seria uma gerontocracia), enquanto que para Aristóteles atendendo que a partir dos cinquenta anos a saúde física começava a declinar e esta era necessária à sabedoria, na imagem do idoso esta não poderia estar presente, desta forma o poder não poderia ser confiado aos idosos (Gerúsia de Esparta, século IV a.C, conselho vitalício formado por 28 idosos seleccionados por aclamação entre as pessoas de mais de 60 anos, com poderes políticos e judiciais seria considerado para este como um mau poder). Para além da literatura, segundo Minois (1987/1999) na sociedade grega clássica a imagem do idoso parecia “motivar o desprezo, dar origem a insultos e maus-tratos”. (p. 82). Ao nível da Medicina grega, Hipócrates (460-377 a.C) foi o pioneiro na formulação das explicações relativas ao processo de envelhecimento, considerando que o corpo ficava frio e seco devido a uma perda de calor e de humidade, sendo que a fonte de calor residia no lado esquerdo do coração (quem envelhece arrefece). Para este médico a

velhice não constituía uma doença, contudo ela predisporia o organismo à doença, dado que este se tornava menos resistente.

No mundo Romano, com mais de oito séculos de história (século III a.C – século V) a imagem acerca da pessoa idosa sofreu um declínio com a evolução deste. No papel político a idade tinha um peso para República Romana, demonstrado pela existência do senado (constituído por uma incarnação da força da idade) que perdurou durante séculos. Um exemplo da importância deste papel atribuído aos idosos é como nos refere Minois (1987/1999), o de Catão, um ilustre republicano, que permaneceu activo até os 85 anos no poder político. Fruto das guerras civis, dos conflitos contra a excessiva riqueza e autoridade que representava a velhice na família e no Estado, a condição de idoso recua com a perda deste poder, transformando-se numa imagem de enfraquecimento, fealdade, que incarna a solidão e o sofrimento. Ao nível da medicina romana, Galeno (de origem grega, 131-201) influenciado pelo pensamento de Hipócrates (Carvalho, 1989) e apologista do pensamento Aristotélico, introduz explicações acerca do processo de envelhecimento utilizando essencialmente a doutrina da patologia humoral, destacando a visão da velhice como algo inevitável e incurável, que seria o resultado de um progressivo processo de desidratação, que levaria até ao enrugamento da pele, a fragilidade dos membros e insegurança dos movimentos. Contudo, tal como nos refere Granjel (2004), a explicação de Galeno diferia da Aristóteles, na medida que este concebia a velhice como um estado natural e não como uma doença. Em consonância com a teologia cristã, as conclusões de Galeno continuariam aceites até ao renascimento. Apesar desta imagem negativa acerca do idoso, é desta civilização que surge a primeira obra (*De Senectute*) consagrada exclusivamente aos idosos, pelas mãos de Cícero, considerado como um marco histórico relativamente aos idosos. Segundo

Carvalho (1989), Cícero foi um orador, voz do senado para quem “as letras alimentam a Juventude e deleitam a Velhice” (p. 80).

Na Idade Média, para a Igreja não existe um problema específico dos idosos, existe sim os Homens, e nestes há pobres, viúvos, órfãos, os doentes e idosos, sem distinção de idade e sexo. A Igreja dá abrigo aos idosos nos seus mosteiros, hospitais, sem conceder um lugar específico à velhice. É na própria Igreja (Clero) onde se verifica um maior número de idosos de idade avançada, menos atingidos pelos surtos de fome e pelas epidemias, percebido como resultantes de uma vida virtuosa e do prémio divino. Tendo por base o conjunto de textos produzidos na época, para Minois (1987/1999) a literatura cristã oferece essencialmente uma visão que segue a linha de pensamento greco-romano. No domínio político da Alta Idade Média, em alguns reinos existia o conselho de anciãos, relevando a imagem positiva do idoso. Entre o século XI e XII deparamo-nos com uma diversificação social e cultural acerca da velhice, em que por um lado existiam os aristocráticos e literários que associavam a velhice à reforma, por outro lado eram os camponeses medievais que não partilhavam do problema das ocupações específicas de cada idade (pois para estes não havia época de estudo, de caça ou de guerra), dado que estes tinham que trabalhar arduamente as terras, e a este nível para os mesmos subsistiam apenas três períodos: a primeira infância que correspondia aos improdutivos; a vida adulta que correspondia à força de trabalho, cuja fase terminava quando se perdia a capacidade de trabalhar nos campos, ficando fraco e decrépito, correspondendo esta à velhice. Entre o século XIV e XV, a doença dizimou imensa gente na Europa, resultando um clima de constante insegurança. Paradoxalmente daqui resultou um reforço do papel aos idosos, na medida em que a peste parecia poupar essencialmente os idosos, sendo vários os relatos escritos que assim o indicavam, tal como nos apresenta Minois (1987/1999). Ainda

segundo o autor, um sinal significativo dessa época resulta da inclusão dos idosos nas artes (pintura e escultura), em que os idosos são representados por si mesmos tal como são e não como imagens estereotipadas da velhice, sem se esconder os sinais físicos desta.

No século XVI, a literatura e arte renascentista cultiva a juventude e amaldiçoa a velhice (ex: Shakespeare em «idades da vida» compara a velhice ao regresso à infância). Ao nível médico, neste século retomam-se as explicações acerca da origem da velhice, como o fez Paracelso (1493-1541) que comparava a velhice à ferrugem; Laurens (1558-1609) um defensor do método experimental, que recorrendo à dissecação de cadáveres contrapôs a posição egípcia acerca da velhice; entre muitos outros citados por Minois (1987/1999). Contudo o autor salienta também o paradoxo entre o discurso acerca da velhice e o papel relevante que muitos dos idosos desempenhavam na sociedade, economia, política e arte, pois nesse sentido Minois (1987/1999) cita-nos: “Em todos os domínios os velhos mais activos representaram um papel importante e, como nos períodos anteriores, o século XVI também não conheceu a gerontocracia. Mas teve grande confiança nas pessoas de idade e se acaso as não estimou foi sobretudo nos livros” (p. 365).

Para Grangel (1991), durante o século XVIII ocorrem alterações sociais e culturais no mundo europeu, verificando-se um reforço da classe detentora do poder, fruto do desenvolvimento da burguesia que controlava o comércio e a recém-nascida indústria, contudo tais alterações não implicariam ainda grandes alterações no papel social de apreço que se reconhecia ao idoso. Na finalização do século, inicia-se um crescimento demográfico no mundo ocidental, decorrente dos avanços na medicina preventiva e ao nível da higiene, a imagem acerca do idoso apresenta-se-nos ambivalente, tal como nos cita o autor: “uma imagem do ancião

na qual se acomodam elogios e críticas” (p. 49).

Beauvoir (1970/1983) refere-nos que no século XIX ocorrerão transformações na Europa que irão influenciar consideravelmente os idosos e a imagem da sociedade acerca da velhice, tais como o aumento demográfico e os progressos da ciência. Estes últimos conduzem, tal como nos cita o autor: “a substituição dos mitos acerca da velhice por um verdadeiro conhecimento, e este saber permite que a medicina cuide e cure as pessoas de idade” (p.233). Contudo, tal não acarretará circunstâncias mais favoráveis para o conjunto dos idosos, pois muitos deles irão ser vítimas do desenvolvimento económico (ex: na segunda metade do século XIX, na Inglaterra e França, o trabalho não estava protegido, as pessoas com o avançar dos anos desaceleravam o ritmo de trabalho, implicando a substituição destes por mão de obra mais jovem, conseqüentemente crescia o número de idosos vagabundos, indigentes). Estes contrastavam com a condição de idosos privilegiados, nunca outrora tão saliente como nesta época. A ambivalência neste século era de tal forma notória que a esse respeito Beauvoir (1970/1983, p. 240) cita-nos:

Velhos obreiros reduzidos a indigência e ao vagabundeio, velhos campesinos tratados como bestas, os anciãos pobres se situam no mais baixo da escala social. Os das classes superiores são os que ocupam o cimo. A oposição é tão evidente que quase parecem duas espécies diferentes.

Segundo Leme (1996), no século XVII e XVIII, o desenvolvimento da Química, Anatomia, Fisiologia e Patologia contribuíram para uma discussão mais realista acerca do envelhecimento, nesse sentido, Johann Von Fischer (1685-1772) publica em 1754 na Alemanha um livro dedicado aos idosos, onde aborda as características do

envelhecimento, procurando separar este da doença, para além disso contrapõe-se energicamente relativamente ao pessimismo dos médicos na abordagem dos idosos. Com a revolução industrial (século XVIII/XIX) surgem teorias explicativas baseadas no desgaste. Contudo, apesar do precioso contributo de Johann Von Fischer, para Fontaine (1999/2000) os grandes investigadores do século XIX, como Charcot, difundiram uma imagem extremamente negativa à concepção do envelhecimento, utilizando qualificativos como decadência, deterioração ou desestruturação. Nesse século, ainda segundo o autor anterior, o fascínio pela patologia, quer de natureza biológica, quer de natureza psicológica, era elevado, de tal forma que investigadores como Freud consideravam que a não ser no grau, não existiam diferenças entre o normal e o patológico, ideia esta de continuidade do normal-patológico escrita por Charcot, concedendo à velhice uma imagem de redução a um estado patológico de senilidade ou demência. Granjel (2004) é da opinião que desde o século XVI até ao XIX não surgiram por parte da medicina europeia, argumentos fortes para recusar a interpretação clássica do envelhecimento (emanada por Galego).

No século XX, importantes acontecimentos iriam surgir, frutos de uma evolução dos conhecimentos científicos nas distintas áreas, que se repercutiriam no aumento da esperança de vida das pessoas, bem como num envelhecimento demográfico sem precedentes, implicando a reorganização das sociedades nas cidades mais desenvolvidas, com impacto sobre o papel e a posição do idoso aos «olhos» da mesma. O desenvolvimento científico, de serviços e das políticas, em resposta às preocupações para com as problemáticas inerentes ao envelhecimento populacional, é notória na cronologia dos acontecimentos ocorridos ao longo do século XX e início do século XXI, como se poderá observar em alguns dos exemplos apresentados no quadro 7.

Quadro 7 – Origem e desenvolvimento da ciência e de serviços no âmbito dos idosos, e promoção de acções face ao envelhecimento populacional – Séc. XX/XXI

Ano	Acontecimentos	Referência Bibliográfica
1903	Elie Metchnikoff (Nobel da Medicina em 1908) propõe uma nova ciência a que denominou de Gerontologia, esta visaria o estudo científico da velhice nas suas distintas dimensões.	In Fernández-Ballesteros (2000)
1909	Nasher introduz em 1909 o termo Geriatria que corresponderia ao ramo da medicina que se ocuparia especificamente das doenças dos idosos.	In Llera (2005)
1946	O Serviço de Saúde Inglês, pelas mãos de Marjorie Warren cria a especialidade médica de geriatria.	In Llera (2005)
1959	Surge o primeiro manual sobre envelhecimento pelas mãos de Birren, publicação centrada no envelhecimento biológico e psicológico, considerada como um marco para as ciências sociais e do comportamento. A partir daqui, com base no desenvolvimento das distintas ciências, a expansão dos conhecimentos sobre o envelhecimento mantém-se até à actualidade.	In Vega e Bueno (2000)
1982	Ocorre em Viena a Primeira Assembleia Mundial para o Envelhecimento, promovida pelas Nações Unidas, destinada essencialmente aos países mais desenvolvidos, onde o envelhecimento começava a suscitar uma considerável preocupação. Daqui sairia o primeiro Plano de Acção Internacional para o envelhecimento, com 62 recomendações para a acção sobre aspectos como a investigação, saúde e nutrição, protecção ao consumidor, vivenda e meio ambiente, família e bem-estar, segurança social, entre outros. A Assembleia Geral decidiu proclamar o Ano de 1999 como Ano Internacional das Pessoas Idosas.	In Nações Unidas (2002)
1999	Ano Internacional das Pessoas Idosas. A atenção da ONU nesse ano focalizou-se na necessidade em criar “uma sociedade para todas as idades”, de forma a que na sociedade, as atitudes, as políticas e as práticas, a todos os níveis e em todos os sectores, possibilitem o envelhecimento das pessoas em segurança, com dignidade, uma sociedade que permita uma participação continua dos idosos.	In Nações Unidas (2002)
2001	8 dos 15 países da Comunidade Europeia possuíam a especialidade de Geriatria. Imensas unidades de Geriatria estavam criadas.	In Llera (2005)
2002	Ocorre em Madrid a Segunda Assembleia Mundial para o Envelhecimento, promovida pelas Nações Unidas, com o intuito de se avançar com um novo Plano de Acção Internacional sobre o envelhecimento, para responder às oportunidades e desafios do envelhecimento da população no século XXI e para promover em força o conceito de “sociedade para todas as idades”. Um dos temas incluídos visaria a abordagem da problemática dos estereótipos negativos acerca da velhice, avançando-se com propostas de combate aos mesmos.	In Nações Unidas (2002)

Somente partir dos finais da primeira metade do século XX que surgem as primeiras pesquisas acerca das atitudes para com a velhice (Neri, 2006), iniciando-se desta forma a

operacionalização da investigação da imagem social.

2.4.2 – *Visão negativa e visão positiva na sociedade contemporânea*

Segundo Moñivas (1998) é uma realidade a atribuição de conotações negativas à velhice, utilizando-se termos como “doença, incapacidade, dependência” (p. 17). Contudo para o autor, a mesma pode não significar necessariamente incapacidade ou limitação funcional, pois pode também significar desenvolvimento ao nível do psicológico e em novas formas de adaptação social. Assim, segundo este autor existem dois modelos que tentam explicar a representação da velhice. Um denominado modelo da diminuição, no qual encara a velhice com perdas. Outro denominado de modelo de crescimento, segue as linhas da teoria do ciclo de vida, destacando as vantagens da velhice, como por exemplo, o aumento do tempo livre, a diminuição das responsabilidades, a maior atenção ao que é vitalmente importante.

A velhice constitui simultaneamente um facto pessoal e social, uma experiência vital e biográfica que suscita uma preocupação que atinge as pessoas de todas as idades (Rodríguez, 2000). A definição social da velhice transporta consigo elementos de juízo e valor da experiência de ser idoso. Existem duas visões contrárias acerca da velhice, uma negativa e outra positiva.

Tem-se associado à ideia de velhice, dois conceitos que se articulam no domínio físico e psíquico, são eles, o conceito de crescimento e o conceito de degenerescência, respectivamente compreendidos como, segundo Neves (2001, p.38): “crescimento mental, interior, que não se reduz à vertente intelectual mas engloba também o vivencial; degenerescência física ou do organismo em geral, exterior, podendo estender-se também à

dimensão psíquica do homem”. Para o autor a ideia de degenerescência é a que parece mais comumente associada à velhice.

Os estereótipos sociais acerca do envelhecimento e dos idosos marcam essencialmente as sociedades ocidentais e desenvolvidas, enquanto que relativamente à sociedade oriental e africana parece existir a percepção de que estas estimam mais os idosos (Oliveira, 2005). Para o autor esta percepção mais positiva que se verifica nestas nações, deve-se ao facto de os idosos serem menos, constituindo uma memória viva principalmente quando a maior parte das pessoas é analfabeta.

Os estereótipos e os preconceitos constroem-se, fortalecem-se e perpetuam-se associados a normas, valores e motivações do indivíduo e da sociedade. Na construção dos estereótipos respeitantes à velhice contribuiu fortemente o modelo biomédico que associa a velhice à doença, bem como uma base sociológica que focaliza a velhice como um problema de afastamento entre o indivíduo idoso e a sociedade (Neri, 2006).

VISÃO NEGATIVA

“Envelhecer não é preocupante; ser olhado como velho é que é” - In Machado (2005)

Da consulta dos imensos provérbios recolhidos e compilados em categorias por vários autores (tais como: Pereira, 2001; Ribeiro, 2003; Machado, 2005; Parente, 2005), relativamente à velhice é bem visível a grande quantidade de provérbios de cariz negativo (como por exemplo os apresentados no quadro 8). Estes provérbios que advêm de distintas culturas, que parecem perpetuar ainda em algumas sociedades, reportam-se a distintas dimensões biopsicossociais do ser humano.

Quadro 8 – Provérbios de cariz negativo acerca da velhice

Provérbios	Categoria	Publicação
<i>“Quem envelhece arrefece”</i>	Perda de capacidades com o envelhecimento	In Pereira (2001)
<i>“Velhice: muita tosse, pouca posse, pinguelo no nariz e não saber o que diz”</i>	Declínio físico e psíquico	In Parente (2005)
<i>“Velho não se senta sem «ui», nem se levanta sem «ai»”</i>	Doença	In Machado (2005)
<i>“Velhice é doença”</i>	Doença	In Parente (2005)
<i>“Quem de novo não melhora, depois de velho sempre piora”</i>	Doença	In Ribeiro (2003)
<i>“Velhice não tem cura”</i>	Doença incurável	In Parente (2005)
<i>“Na juventude somo adultos, na velhice crianças”</i> <i>“De Velhinho se torna a menino”</i> <i>“Velhice, segunda meninice”</i>	Regresso à infância	In Pereira (2001) In Ribeiro (2003) In Machado (2005)
<i>“Velhice é um mal desejado”</i>	Mal	In Machado (2005)
<i>“A vida, quanto mais se estica mais curta fica”</i>	Morte	In Pereira (2001)
<i>“Quem de novo não morre, de velho não escapa”</i>	Morte	In Ribeiro (2003)

“A velhice é um termo que quase sempre causa calafrios, uma palavra carregada de inquietude, de fraqueza e por vezes de angústia” In Minoi (1987/1999)

Minoi (1987/1999), Doutor em História, inicia a introdução do seu famoso livro acerca da história da velhice com estas palavras de cariz negativo. Efectivamente da vasta bibliografia acerca da temática constatamos que ao longo dos tempos são vários os autores que fazem referencia e alertam para a existência de estereótipos de cariz negativo acerca do envelhecimento, da velhice e da pessoa idosa.

As sociedades em geral, desenvolveram vários estereótipos de velhice, a esse respeito Rosa (1987, p.89), cita-nos:

As sociedades em geral admitem que a velhice é um período em que a pessoa se encontra desgastada fisicamente e mentalmente. Admitem também que o velho é necessariamente improdutivo, dado a acidentes, e que é difícil conviver-se com a pessoa idosa. Para muitos, velhice é sinónimo de rigidez das estruturas mentais.

Ainda segundo o mesmo autor, estes estereótipos sociais da velhice podem derivar de várias fontes, tais como:

- As obras literárias. Exemplifica que nos contos de fadas, regra geral a velhice é apresentada como algo detestável e que também os grandes autores da literatura universal, como Shakespeare, referem-se mais aos aspectos negativos da velhice do que aos aspectos positivos;

- A própria investigação científica acerca do processo de envelhecimento é muitas vezes responsável pela formação dos estereótipos de velhice.

Por vezes os estereótipos e os mitos devem-se ao desconhecimento do processo de envelhecimento, razão porque, segundo Berger e Mailloux-Poireier (1995), associam a velhice “à doença, ao aborrecimento, ao egoísmo, à impotência sexual, à rigidez de carácter, às rugas e aos cabelos brancos” (p. 67).

Para Fernandes (1997) a velhice tornou-se um problema social, mobilizando pessoas, meios, esforços e atenções, a ela está vulgarmente associada “a ideia de pobreza ou, pelo menos, da escassez de meios materiais, de solidão, doença e também de alguma forma, de segregação social, corte com o mundo...” (p. 10). Ainda segundo Fernandes (1997, p. 155) as pessoas idosas:

constituem assim uma categoria social de indivíduos a necessitar da ajuda e solidariedade públicas. Exclusão e incapacidade caracterizam o estado geral deficitário que transmitem as imagens de velhice, produzidas por agentes encarregues do trabalho social nesta área. Estas imagens, frequentemente veiculadas por agentes da acção social em comunicações científicas e para-científicas, em seminários e colóquios sobre velhice, dão-nos a ideia de que o idoso é alguém à parte, que não

integra a vida dos activos – a nossa, e que contraiu uma enfermidade fatal, sem retrocesso, a velhice, da qual, os outros, os não velhos, parecem estar imunizados.

Belsky (1999/2001) apresenta-nos quatro estereótipos acerca da velhice, abarcando várias dimensões do ser humano, ora vejamos:

- Estereótipo n.º 1 – *Físico* – A maioria das pessoas maiores de 65 anos padecem de afecções físicas;

- Estereótipo n.º 2 – *Cognitivo* – Os maiores de 65 anos são incapazes de pensar com clareza;

- Estereótipo n.º 3 – *Emocional* – As pessoas maiores de 65 anos não são felizes, têm medo e deprimem-se;

- Estereótipo n.º 4 – *Social* – Os maiores de 65 anos estão sós e isolados, desconectados da família e dos amigos.

Diariamente a maioria das pessoas idosas prova que os mitos (como por exemplo, que as pessoas idosas são frágeis, que as pessoas idosas não têm nenhum contributo a dar, que as pessoas idosas são um peso económico para a sociedade, entre outros) que se construíram à sua volta, não passam de noções erradas (Brundtland, 1999).

Os estereótipos negativos sobre o envelhecimento que se referem à sexualidade são os que provocam maior impacto na sociedade, em que a juventude é equiparada à virilidade e à paixão, enquanto que a velhice é equiparada ao fim da sexualidade (Belsky, 1999/2001).

Verifica-se por vezes um paternalismo que ostensivamente proclama a designação dos

“velhos” como “crianças” e a designação da “velhice” como a de “regresso à infância” (Neves, 2001). Tal se deve, porque a saúde torna-se mais frágil, o grau de dependência aumenta e as capacidades de realização diminuem.

Para Santos (2001), regra geral associa-se o envelhecimento à doença e à morte. Para o autor, é uma realidade que existem muitas doenças cuja incidência aumenta com a idade, contudo o envelhecimento não é sinónimo de doença, pois “pode-se envelhecer sem se estar doente” (p. 84). A atribuição da morte ao envelhecimento também é errado, pois embora a probabilidade de morrer aumente com a idade, um indivíduo pode morrer jovem.

As imagens negativistas e os mitos que se têm construído em volta do processo de envelhecimento desvalorizam o estatuto social do idoso e condicionam as suas oportunidades de realização e de auto-valorização. No entanto, também a este nível, segundo Pimentel (2001) “as representações negativas acerca da velhice são exageradas e o idoso ocupa na família e na sociedade uma posição que está longe de ser, em muitos casos, de desvalorização ou marginalização” (p. 19). O significado atribuído ao trabalho e envolvimento do idoso na dinâmica familiar ou na instituição é deveras importante, pois nega os mitos de improdutividade e da dependência que são construções sociais que influenciam as representações da velhice.

Para Fonseca (2004), independentemente da data, sexo ou raça dos inquiridos, imensos estudos têm confirmado a presença de mitos e estereótipos acerca das capacidades das pessoas idosas, considerando-as incapazes de se desenvolverem, mesmo não sofrendo de patologia. Percepcionar a velhice como uma segunda infância, seria outra das ideias muito generalizadas, traduzindo uma “infantilização, dependência e diminuição da

responsabilidade individual dos idosos, conduzindo a uma inevitável redução do seu estatuto social” (p. 27). O autor considera ainda que provavelmente o estereótipo mais enraizado acerca da velhice é aquele que considera as pessoas idosas como pessoas conservadoras, inflexíveis e resistentes à mudança.

Uma das representações que se tem acerca das pessoas idosas é que elas não produzem, apenas gastam (Oliveira, 2005). Tal ideia é errada pois segundo o autor, as pessoas idosas não produzem mais porque não se lhes concede oportunidades, incentivos para participarem em actividades de voluntariado ou de serviço remunerado, bem como para participarem a nível da formação cultural e científica, através das Universidades Seniores (não só como discentes, mas também como docentes). É necessário, criar uma cultura de respeito pelos idosos, uma cultura que desmistifique os mitos e estereótipos de improdutividade, incapacidade, de degenerescência, entre outros, estimulando o envelhecimento activo.

Sánchez e Ulacia (2005) alertam-nos que um dos principais contribuintes para a construção social da velhice advém erradamente da representação mental da mesma como um período de deterioração e involução de acordo com o modelo biológico, contemplando que todas as capacidades (físicas, cognitivas, de personalidade, entre outras) seguem uma única direcção (são unidireccionais) e são universais e irreversíveis. Os autores contestam a unidireccionalidade, a universalidade e a irreversibilidade das distintas capacidades, pois actualmente sabemos que enquanto que umas capacidades podem sofrer algum grau de deterioração, outras mantêm-se estáveis e outras podem até mesmo enriquecer, citando-nos como um simples exemplo: “apesar de ser possível que o vigor da erecção na resposta sexual humana do homem diminua à medida que avança na idade, processo em que há

grandes diferenças entre os indivíduos, não é menos possível que a capacidade de ternura possa incrementar à medida que se possui mais idade” (P. 17). Para os autores é de extrema importância alterarmos esta construção social negativa acerca da velhice.

Royo et al. (2006) apresentam-nos alguns dos estereótipos, mitos e construções sociais que de forma errónea se atribuem às pessoas idosas, à velhice, tais como:

- Considerar as pessoas idosas como uma carga económica e social, atendendo às dificuldades que se espera que o Estado tenha para pagar as pensões e manter os compromissos sociais, desta forma os idosos são percebidos como culpáveis de tais dificuldades exigidas ao estado.

- Considerar as pessoas idosas como improdutivas e inactivas. Para os autores esta é uma ideia errónea, pois na ausência de doença e de problemas sociais a pessoa idosa pode ser produtiva nas diversas vertentes (activos legais: pessoas idosas que se mantêm na sua actividade profissional; activos encobertos, já reformados: pessoas idosas que exercem com dedicação a sua profissão ou outro trabalho; activos não remunerados, reformados: pessoas idosas que realizam pequenas tarefas de relevante importância, mesmo na sua própria casa).

- O mito em vincular à velhice o patológico, a deterioração física ou psíquica. Para o autor trata-se de uma ideia errónea, pois apesar da maior probabilidade de estas poderem surgir nessa etapa, certo é que não afecta todo o colectivo de pessoas idosas.

- O mito em associar a velhice à senilidade, levando a pensar que o envelhecimento é responsável por deficiências que surgem em distintos âmbitos (cognitivo: perda de memória; comportamental; entre outros).

- Estereotipar as pessoas idosas de passividade, dependência, rigidez, carentes de uma mente aberta, com falta de capacidade de atenção e inteligência, fisicamente e sexualmente

inactivas. Para os autores, estas estereotípias veiculam uma imagem de incapacidade de participação social do idoso que sugere a necessidade de apoio por parte de outros.

VISÃO POSITIVA

“Com o passar dos anos, as árvores tornam-se mais fortes e os rios, mais largos. De igual modo, com a idade, os seres humanos adquirem uma profundidade e amplitude incomensurável de experiência e sabedoria. É por isso que os idosos deveriam ser não só respeitados e reverenciados, mas também utilizados como o rico recurso que constituem para a sociedade”. Kofi Annan (Nações Unidas, 2002)

A visão positiva, considera o idoso como um poço de sabedoria, rico de experiências, de alto status social, merecedor de grande respeito e com uma clara posição de influência sobre os demais.

São os conhecimentos acerca da vida psíquica e social do homem que relevam, segundo Moragas (1995), a experiência da pessoa idosa, conferidos pela sua vivência, de tal forma que “Ele terá pela sua experiência possíveis respostas para os temas contemporâneos de crise individual, diálogo entre gerações, conflito entre grupos e tantos outros problemas psicossociais contemporâneos” (p. 36). Na mesma linha de pensamento, também Carrajo (1999) salienta-nos que os maiores conhecimentos que os idosos possuem acerca de como enfrentarem os problemas psicossociais, não se deve ao facto de os estudarem, mas porque os viveram, os experimentaram, assim os idosos podem ensinar os mais jovens, quanto à forma como se devem comportar perante situações limite, anteriormente já vividas pelos idosos, dado que no seu tempo também ocorriam alterações científicas, económicas e sociais, que apesar de não serem tão bruscas e rápidas, não deixavam de ser traumatizantes. Para o autor supracitado, a atribuição da sabedoria ao idoso, não estará relacionada com a

definição clássica que define a sabedoria (entendida como o conhecimento profundo em ciências, letras e artes), mas sim pelo facto de o mesmo já estar há imenso tempo no mundo, sendo especialista em campos que não se encontram totalmente abarcados e explícitos nos livros. A sabedoria que mais se valoriza nos idosos, diz respeito à sua própria velhice, na qual aquele idoso que realmente desfruta da sua vida, apesar das limitações que possam surgir, converte-se numa autoridade na arte do saber envelhecer.

Para Reis (2000), cada idade tem os seus aspectos positivos, citando-nos que o homem deve recusar a imagem duma:

Velhice cinzenta, decadente, assexuada, privada de papéis significativos, cheia de problemas de saúde, doenças, uma velhice na qual a decadência física, psíquica e social dominam; é preciso, pelo contrário, lutar para conquistar para si próprio e para os outros o direito de viver plenamente todos os anos que se seguirão (p. 16).

O Plano de Acção Internacional de Madrid sobre o Envelhecimento 2002, emanado da II Assembleia Mundial para o Envelhecimento (Nações Unidas), realizada em Abril de 2002 em Madrid, relativamente às “Imagens do envelhecimento” cita-nos:

Uma imagem positiva do envelhecimento é um aspecto essencial do Plano de Acção Internacional sobre o envelhecimento. O reconhecimento da autoridade, a sabedoria, a dignidade e a prudência que são fruto da experiência de toda uma vida caracterizou normalmente o respeito com que se tratou os anciãos ao longo da história. Em algumas sociedades, frequentemente desconsideram-se esses valores e se representam as pessoas de idade como obstáculos para a economia, devidas às suas crescentes necessidades em matéria de serviços de saúde e apoio. Mesmo que ele goze de saúde nos anos da velhice, a concentração da atenção pública na magnitude e

no custo dos serviços de atenção à saúde, às pensões e outros serviços, promoveram uma imagem negativa do envelhecimento. As imagens que destacam o atractivo, a diversidade e a criatividade das pessoas de idade e a sua contribuição vital na sociedade devem competir com ela para despertar a atenção do público. As mulheres de idade vêm-se particularmente afectadas pelos estereótipos enganosos e negativos: em lugar de representá-las de forma que reflectam as suas contribuições, os seus pontos fortes, a sua imaginação e as suas qualidades humanas, são representadas como débeis e dependentes, o que reforça as práticas excludentes a nível nacional e local (Nações Unidas, 2002, p. 43).

Com o intuito de se alcançar o objectivo referente ao “maior reconhecimento público da autoridade, da sabedoria, da produtividade e outras contribuições importantes das pessoas idosas”, o Plano de Acção Internacional de Madrid propõe-nos como medidas (Nações Unidas, 2002, p. 43,44):

- a) Elaborar e promover amplamente um marco normativo onde exista uma responsabilidade individual e colectiva de reconhecer as contribuições passadas e presentes das pessoas de idade, procurando contrastar mitos e ideias preconcebidas e, por conseguinte, tratar as pessoas de idade com respeito e gratidão, dignidade e consideração;
- b) Alentar os meios de difusão de massas a promover imagens em que se destaquem a sabedoria, os pontos fortes, as contribuições, o valor e a imaginação das mulheres e homens de idade, incluídas as pessoas de idade com incapacidades;
- c) Alentar os educadores a que reconheçam e incorporem nos seus cursos as contribuições feitas pelas pessoas de todas as idades, incluídas as pessoas de idade;
- d) Alentar os meios de difusão a transcender a apresentação de estereótipos e a iluminar a diversidade plena da humanidade;

- e) Reconhecer que os meios de difusão são precursores das alterações e podem actuar como factores orientadores na promoção do papel que corresponde às pessoas de idade nas estratégias de desenvolvimento, incluindo nas zonas rurais;
- f) Facilitar as contribuições das mulheres e homens de idade na apresentação das suas actividades e preocupações por parte dos meios de difusão;
- g) Alentar os meios de difusão e os sectores públicos e privados, a evitar a discriminação por razões de idade no emprego e a apresentar imagens positivas das pessoas de idade;
- h) Promover uma imagem positiva das contribuições das mulheres de idade afim de aumentar a sua auto-estima.

Posteriormente, no Seminário Internacional sobre “A Velhice como uma Etapa de Desenvolvimento Pessoal” que ocorreu nos dias 28, 29, e 30 de Outubro de 2003 em Cartagena (Espanha), organizado pelo Instituto de Migrações e Serviços Sociais (IMSERSO, 2003) em colaboração com a Universidade Nacional de Educação à Distância, com a finalidade de se reflectir acerca da aplicação do Plano de Acção de Madrid, organizaram-se seis mesas redondas para a abordagem de seis temáticas. Da primeira temática intitulada de “revido os estereótipos em torno da velhice” as conclusões técnicas emanadas foram, de forma sintética (p. 4):

- Começa a emergir um estereótipo de envelhecer, de carácter mais dinâmico, em contraposição ao estereótipo tradicional, mais estático.
- Realça-se como o nível de contacto e o fomento de encontros intergeracionais, no apoio de distintos grupos de idade na sua própria auto-realização, contribuem para percepções mais positivas acerca das pessoas idosas por parte de outras gerações.
- Sem prejuízo do anterior, subsiste a opinião que os meios de comunicação

continuam sem abordar adequadamente as pessoas idosas e quando o fazem, fazem-no mal e, frequentemente com conteúdos discriminatórios.

2.4.3 – *Influencia dos meios de comunicação*

As representações que a TV veicula acerca da velhice e as respectivas influências sobre os utilizadores, tem merecido a atenção por parte de elementos proeminentes da comunidade gerontológica, propiciando ao esforço interdisciplinar para a compreensão da complexa experiência social em que se reflecte (Acosta-Orjuela, 2002). Para o autor, quer ao nível dos programas de TV, quer ao nível da publicidade, é notória a difusão de uma representação distorcida da velhice que sub-representa os idosos como grupo social, sobrevalorizando a juventude e a beleza, em detrimento daqueles que não possuem tais atributos. Tendo por base numa súpula de análises de conteúdo de programas de TV e da publicidade veiculada pela mesma ao longo das décadas anteriores, ressaltam várias formas depreciativas de representação da velhice. Para o autor, os personagens idosos são “mostrados como excêntricos, tolos, teimosos, com pouco bom senso, sexualmente limitados, inactivos, doentes, infelizes, verbalmente agressivos, emocionalmente desajustados, lentos, menos inteligentes, decrepitos, desagradáveis, pouco atraentes, senis, «descartáveis», pouco brilhantes, pouco empreendedores, fechados à experiência e pouco flexíveis” (p. 986). A veiculação destas representações estereotipadas modelam a percepção de velhice na sociedade, levando frequentemente os próprios idosos a acreditar nestas. Por outro lado, a apresentação deformada e incompleta da imagem do idoso na televisão contribui para a perpetuação da ideia que o envelhecimento corresponde a um período de incompetência e inutilidade, levando ao desenvolvimento e manutenção de estereótipos.

Os meios de comunicação transmitem uma imagem enviesada acerca do grupo das pessoas idosas, na medida em que nestes meios a pessoa idosa é apresentada como alguém cuja saúde está muito deteriorada, com muitos achaques, que recebe uma pensão de pequeno valor, que passivamente está no parque ao sol com muitas recordações e pouco futuro (Aledo, 2003). O autor nomeia de “atitudes incapacitadoras” as informações veiculadas pelos mass media através de mensagens como as que consideram o grupo de pessoas idosas como um colectivo homogéneo, que não produzem, que são inúteis, que só implicam gastos (representando uma carga social), informações frequentemente reforçadas por estatísticas economicistas (como por exemplo as que se seguem para o contexto espanhol, as pessoas idosas consomem: 50% do tempo da consulta dos médicos de família, 48% dos gastos farmacêuticos, 47% dos gastos hospitalares), contrastando pela ausência notória de mensagens que relevariam a imagem da pessoa idosa, como por exemplo:

- 90% das pessoas idosas (indivíduos com mais de 65 anos) possuem capacidades para serem e sentirem-se úteis;
- 72% das pessoas idosas não necessita de qualquer ajuda;
- 13% das pessoas idosas são voluntários das ONG'S;
- Mais de 20 000 alunos com idades superiores a 60 anos estão inscritos em toda a Espanha.

O autor salienta-nos que a insistência da veiculação de imagens negativas acerca dos idosos dificulta a percepção da existência de imagens positivas reais que representariam um modelo mais positivo e libertador. Aledo (2003) cita-nos como pressupostos de uma prática corrente para a veiculação da imagem positiva acerca da pessoa idosa:

- Transmissão de imagens de pessoas idosas activas;
- Informação acerca de todas as iniciativas protagonizadas pelos idosos;
- Respeito pela sua voz, para que manifestem, sem intermediários, as suas

revindicações e os seus desejos;

- Facilitação de todo o tipo de informação que auxilie o idoso a participar em todos os âmbitos;

- Convida-los a continuarem sempre a aprender;

- Orienta-los sobre os seus direitos, bem como relativamente à sua defesa;

- Ter em consideração aqueles que necessitam protecção especial por diversas circunstâncias da vida, contudo sem nunca generalizar a imagem de “necessidade de protecção” para o colectivo;

- Transmitir informações sobre os distintos tipos de voluntariado, bem como sobre as possíveis entidades que o promovam;

- Convidar a comunidade científica a abordar em programas as distintas temáticas gerontológicas/geriátricas.

Os mass media representam um elemento primordial na conformação da opinião pública, sejam eles escritos ou audiovisuais (Royo et al., 2006). Para os autores a opinião pública constitui uma expressão de uso absolutamente quotidiano que “protagoniza conversações, justificações, notícias e argumentos” (p.92). Os mass media constituem instrumentos técnico-organizativos capazes de transmitir simultaneamente a um elevado número de pessoas desconhecidas, mensagens significativas, desempenhando ao nível social um papel de instrumento regulador. Existe uma influencia mutua entre os mass media e o público, em que, por um lado o profissional da comunicação frequentemente modela a informação de acordo com as expectativas do seu público, sendo que esta modelagem é influenciada por várias variáveis (como por exemplo, os elementos ideológicos e culturais), por outro lado as pessoas que recebem esta informação possuem conhecimentos e atitudes prévias que a irão julgar, sendo descartada

caso ela não vá de encontro com as suas opiniões ou pensamentos. Este equilíbrio é facilmente quebrável caso o meio se adapte ao público e não lhes proporciona o que ele deseja, por outro lado, os mass media podem ser influenciados pelas pressões externas de grupos de interesse especial, incutindo-lhe a forma como devem dirigir a opinião pública. Desta forma, segundo os autores “do tratamento que se lhe dá em esse meio de comunicação vai depender que a população manifeste interesse face a determinados colectivos ou os estereotipe, como ocorre em relação às pessoas idosas” (p. 93). Na nossa sociedade é relevante a importância dos mass media, em especial a TV (percepcionada como uma janela aberta para o mundo), que nos influencia na forma de pensar ou actuar. Actualmente, segundo os autores, nos meios de comunicação a representação quotidiana do espectáculo da velhice revela uma imagem dilacerada que se reflecte em milhares de outras imagens de cariz negativo, aceites pela sociedade (como espectadora que é).

2.4.4 – A operacionalização da investigação da imagem social nas últimas décadas, acerca das pessoas idosas, da velhice e envelhecimento

Até aos finais da primeira metade do século XX não houve praticamente produção científica (estudos de investigação) acerca da percepção da imagem do envelhecimento, da velhice e da pessoa idosa, parecendo acompanhar o adormecimento da Psicologia referente à idade adulta e à velhice, contrastado pelo excelente desenvolvimento das Psicologias referentes à infância e à adolescência. É somente a partir desse período, impulsionado pela pressão social e demográfica, bem como pelo crescente número de trabalhos de investigação acerca do envelhecimento, que surge um crescente n.º de investigações no âmbito do estudo das percepções/estereótipos acerca das pessoas idosas.

Lehr (1977/1980) consultando diversos estudos relativos à imagem acerca das pessoas idosas, realizados pelos europeus e norte-americanos entre 1950 e 1964, conclui que:

- a imagem caracteriza-se fundamentalmente por uma orientação negativa, predominando de forma injustificada os estereótipos e as generalizações.
- é essencialmente entre o grupo dos jovens que esta imagem se acentua negativamente, e onde ocorre uma maior discrepância quanto à percepção do comportamento real das pessoas idosas. Com o aumento da idade da pessoa que julga e avalia, aumenta a percepção de detalhes cada vez mais positivos acerca da imagem da pessoa idosa.
- a metodologia que coloca em maior evidência a imagem do idoso destaca que esta não depende somente da idade do indivíduo questionado, mas também da sua situação de vida (ex: bem-estar físico, estado de ânimo, convivência ou não com idosos, distintas qualidades da personalidade).

Também Marín, Troyano e Vallejo (2001), com base numa consulta das várias investigações efectuadas ao longo das últimas décadas, acerca de como a sociedade percebia a velhice, constataram que:

- da década 50 salienta-se a percepção do envelhecimento como um processo onde prima a decadência e a deterioração, sendo-lhe atribuída a responsabilidade pela perda de capacidades físicas e mentais, pelo aumento de achaques, pelo isolamento e irresponsabilidade.
- no início dos anos 70 mantém-se a imagem negativa, em que as pessoas idosas são percebidas como indivíduos passivos e intolerantes.
- depois da década 90, surgem já investigações (como por exemplo, as realizadas pelo Centro de Investigações da Realidade Social – CIRES) que apontam para uma mudança significativa dos adjectivos acerca das pessoas idosas, denotando-se uma maior

visibilidade dos traços positivos do colectivo (percebidos como sábios, serenos e inteligentes), contudo persistem (em minoria) alguns estereótipos de cariz negativo (percebidos como torpes, enfermos e inúteis).

Por outro lado, tal como nos refere Neto (2002), investigar jovens adultos relativamente a estereótipos que possuem acerca dos idosos (que podem ser relativos a uma rede de características físicas, traços de personalidade e papéis) é distinto de que investiga-los acerca do género, da raça, ou da etnicidade, na medida em que é-lhes pedido a percepção acerca de um grupo que irão integrar no futuro, reforçando com a citação:

“O facto dos sujeitos se olharem eles próprios em frente pode influenciar os estereótipos etários, as atitudes que revelam sobre o envelhecimento quando questionados sobre a definição das categorias da idade, a avaliação da esperança de vida quando forem mais velhos” (p.214).

Para o autor, a forma como os jovens percebem os idosos pode variar de sociedade para sociedade, dado as várias variáveis em jogo (como por exemplo as tradições, a estrutura familiar, o grau de contacto íntimo com idosos, a modernização).

Seguem-se por ordem cronológica alguns dos imensos estudos de investigação realizados no âmbito da nossa temática, destacando-se já inicialmente um instrumento de colheita de dados construído há três décadas.

Palmore construiu em 1977 um questionário acerca do envelhecimento “*Aging Quiz I*”, colocando 25 questões com resposta dicotómica: Verdadeiro (V) ou Falso (F). Estas abrangem o envelhecimento numa dimensão biológica, psicológica e social. O autor teve por base o conhecimento científico e estatístico (para o contexto Norte-Americano) para a

avaliação da veracidade ou falsidade das mesmas. Este questionário (quadro 9) permite a avaliação do conhecimento de uma pessoa acerca do envelhecimento, bem como conhecer as crenças erróneas mais frequentes acerca dos idosos (Palmore, 1977, 1988, 1998).

Quadro 9 – Facts on Aging Quiz I (de Erdman Palmore)

N.º	ITEM	V/F
01	A maior parte das pessoas idosas (maiores de 65 anos) está senil	F
02	Os cinco sentidos tendem a enfraquecer com a idade	V
03	A maioria das pessoas idosas não apresenta interesse, nem capacidade para se relacionar sexualmente	F
04	A capacidade vital pulmonar diminui com a idade	V
05	A maior parte das pessoas idosas sentem-se uns desgraçados a maior parte do tempo	F
06	A força física diminui com a idade	V
07	Pelo menos cerca de 10% das pessoas maiores de 65 anos estão institucionalizados (lares, hospitais psiquiátricos)	F
08	Os condutores maiores de 65 anos possuem proporcionalmente menos acidentes que os menores de 65 anos	V
09	Os trabalhadores idosos não trabalham tão eficazmente como os mais jovens	F
10	Mais de 3/4 das pessoas idosas possuem uma saúde suficientemente boa para levar a cabo as suas actividades quotidianas	V
11	A maioria das pessoas idosas é incapaz de se adaptar às mudanças	F
12	As pessoas idosas demoram mais tempo a aprender algo de novo	V
13	É quase impossível para a pessoa idosa média aprender algo de novo	F
14	As pessoas idosas tendem a reagir mais lentamente	V
15	Regra geral, a maioria dos idosos são muito parecidos nas suas atitudes ou formas de agir	F
16	A maioria das pessoas idosas manifesta que raramente está aborrecida	V
17	A maioria das pessoas idosas está socialmente isolada	F
18	Os trabalhadores idosos têm menos acidentes laborais que os trabalhadores jovens	V
19	Mais de 15% da população possui actualmente mais de 65 anos	F
20	A maioria dos profissionais da saúde tendem a atribuir menor prioridade às pessoas idosas ...	V
21	A maioria das pessoas idosas possui rendimentos abaixo do limiar de pobreza	F
22	A maioria dos idosos estão a trabalhar ou gostaria de ter algum tipo de trabalho (incluindo trabalhos domésticos ou de voluntariado)	V
23	As pessoas idosas tendem a ser cada vez mais religiosas com a passar dos anos	F
24	A maioria das pessoas idosas manifesta que raramente está irritada ou zangada	V
25	A relação entre idosos e jovens quanto a níveis de saúde e económicos será a mesma ou mais desfavorável para os idosos no ano 2000 do que na actualidade (1977)	F

Fonte: *The Facts on Aging Quiz. A Handbook of uses and results* (p.4,5), Palmore, E. B. (1988). New York: Springer Publishing Company, inc.

Poucos anos após a construção deste, Palmore (1980) constatou, com base em mais de 25 estudos em que se utilizou este instrumento, que os itens com menor frequência de acerto foram o 7, 11, 16, 19, 21 e 24, em que cinco destes seis itens correspondem a estereótipos

negativos acerca dos idosos. Relativamente a este questionário, o item 12 por apresentar semelhanças com o item 13 acabou por ser substituído pelo item seguinte: “A depressão é mais frequente entre os mais idosos do que entre os mais jovens” (Palmore, 1998, p. 4). Este questionário foi adaptado transculturalmente em vários países e novas versões se seguiram após este, nomeadamente o “*Aging Quiz II*” e o “*Aging Quiz III*”. Uma das adaptações do “*Aging Quiz I*” foi realizada por Triadó e Villar (2000), que mantiveram 10 das questões relativas a aspectos médicos, biológicos ou sensório-motores (imune a diferenças interculturais), e adaptaram as restantes, tendo fundamentalmente por base as estatísticas (em que se procurou dados relativamente ao novo contexto sociocultural - Catalunha). O questionário adaptado foi aplicado a 150 pessoas que acederam participar voluntariamente (divididas por cinco grupos etários: 20/29 anos; 30/29 anos; 40/49 anos; 50/59 anos; maiores de 59 anos). Os resultados coincidem com os vários estudos realizados nos países anglo-saxónicos, verificando-se segundo os autores: “um núcleo relativamente estável de crenças erróneas quanto ao envelhecimento, crenças que indicam uma possível imagem negativa de este processo” (p. 244).

Com o intuito de identificarem uma série de imagens e percepções acerca da velhice, Fernández-Ballesteros et al. (1992) recorreram a um “*questionário de estereótipos sobre a velhice*” elaborado por Izal e Montorio (1991). O questionário constava de uma escala constituída por 20 afirmações, fundamentalmente negativas, seleccionadas a partir da revisão de outros estudos. Estas questões abarcavam várias dimensões (da área da saúde; disfunções cognitivas ou intelectuais; área motivacional-social; aspectos de funcionamento motor; personalidade e carácter; trabalho e reforma). Cada uma das afirmações seria respondida segundo uma escala de Likert que iria do “muito de acordo” até ao “muito em desacordo”. Este questionário foi aplicado em Junho de 1991 a uma amostra de 1215

indivíduos da população espanhola, seleccionada através de um procedimento aleatório estratificado por Comunidades Autónomas e Municípios, segundo o seu tamanho. Os resultados deste estudo revelaram a existência de um predomínio de percepções negativas acerca da velhice, pois 2/3 da amostra consideraram as pessoas com mais de 65 anos como pessoas com problemas de saúde, com alterações das capacidades físicas, com problemas de memória, que não sabem resolver problemas, pouco activas, rígidas e inflexíveis, que se irritam mais facilmente, e consideraram ainda que as pessoas idosas são como as crianças. Constatou-se ainda que a visão negativa acerca da velhice se acentua em função:

- do sexo (em que as mulheres possuem uma visão mais negativista acerca da velhice);
- da idade (comparativamente aos mais jovens, os mais velhos apresentam uma pior percepção acerca da velhice);
- do estado civil (os viúvos apresentam pior percepção acerca da velhice do que os solteiros e os casados);
- do nível educativo e da classe social (as classes sociais e níveis educativos mais baixos apresentam uma percepção mais negativa acerca da velhice).

Para os autores, a maior parte das percepções negativas “parecem proceder de conhecimentos obsoletos e parciais acerca da velhice.” (p. 153). Apesar do predomínio de uma visão negativa acerca da velhice, existe também um grande número de pessoas que considera que as pessoas idosas são capazes de aprender, são responsáveis como as mais jovens e podem ter amigos como em qualquer outra idade mais jovem.

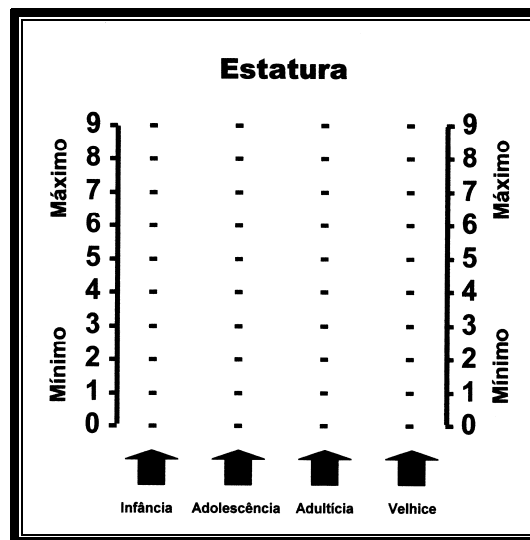
Integrado num projecto intercultural, englobando 19 países (dos cinco continentes), com o intuito de estudar os estereótipos relativos às pessoas jovens e idosas (com base nos traços de personalidade ou características psicológicas), Neto (1992b) aplicou a 100 estudantes universitários, um questionário constituído por 300 adjectivos tipicamente associados aos

jovens e aos idosos. Os resultados para o contexto português revelaram que os estereótipos mais comuns associados aos idosos foram (por ordem decrescente): “Não excitável”; “Conservador”; “Maduro”; “Lento”; “Supersticioso”; “Calmo”, “Quieto”; “Clarividente”; “Contente”; “Cauteloso”. Por sua vez, os estereótipos mais comuns associados aos jovens foram (por ordem decrescente): “Activo”; “Precipitado”; “Expansivo”; “Rápido”; “Aventureiro”; “Imaturo”; “Barulhento”; “Rebelde”; “Mudável”; “Apressado”. Para o contexto Português, o autor salienta que os resultados encontrados não vão de encontro com a perspectiva frequentemente expressa de se encontrar um predomínio de estereótipos negativos acerca dos idosos, verificando que a potência e actividade dos estereótipos acerca das pessoas jovens e idosas situam-se na posição intermédia. Comparativamente aos dados obtidos nos restantes países, o autor refere-nos que existem mais semelhanças do que diferenças nas características psicológicas atribuídas às pessoas idosas e jovens, verificando-se notoriamente que estes não são percebidos de forma unidimensional, sendo de destacar a seguinte unanimidade encontrada para todos os países:

- há uma tendência para uma percepção mais favorável das pessoas mais idosas;
- há uma tendência para perceber os jovens como mais fortes que os idosos;
- há uma clara evidência para perceber os jovens como mais activos que os idosos.

Villar (1995) realizou um estudo com o intuito de verificar se existia uma percepção uniforme acerca do processo de envelhecimento ou se esta percepção era múltipla e dependente das dimensões ou características concretas tomadas em consideração (que eram: saúde, capacidade de movimento, rapidez, agudez sensorial, força física, memória, inteligência, felicidade, ilusão, dependência, sabedoria, beleza, produtividade, recursos económicos, prestígio social e poder). Para tal, o autor construiu um questionário com escalas gráficas, idênticas à figura 5.

Figura 5 – Escala gráfica para percepção dos padrões de envelhecimento



Fonte: *Percepción de patrones de envejecimiento: Unidireccionalidad o multidireccionalidad?* (p.80), Villar, F. (1995), *Anuario de Psicología*, 66, 65-81.

Na parte superior de cada uma destas escalas, encontra-se a característica que se questiona (neste exemplo: a estatura), e na parte inferior encontram-se quatro colunas que correspondem a cada uma das quatro etapas do ciclo vital. O respondente terá que estimar em que nível coloca a respectiva característica, tendo por base uma classificação de 0 (nível mínimo) a 9 (nível máximo). Este questionário foi aplicado a 186 alunos universitários que estimaram a evolução das características tomadas em consideração para todo o ciclo vital. A análise minuciosa das respostas levaram o autor a caracterizar quatro padrões diferenciais acerca do envelhecimento (como se pode observar na figura 6), relacionados com a natureza biológica, psicológica e social, em que:

- O Padrão 1 (que inclui: todas as dimensões sociais do estudo – prestígio social, produtividade, recursos económicos e poder; e uma característica de difícil categorização em termos de dimensão – a dependência, sendo este atributo de carácter negativo, em que os valores mínimos são desejáveis e os máximos são indesejáveis, por isso os valores tomados em consideração são invertidos) apresenta valores baixos na infância que vão aumentar bastante quando chegados à adolescência. Este padrão aumenta ainda

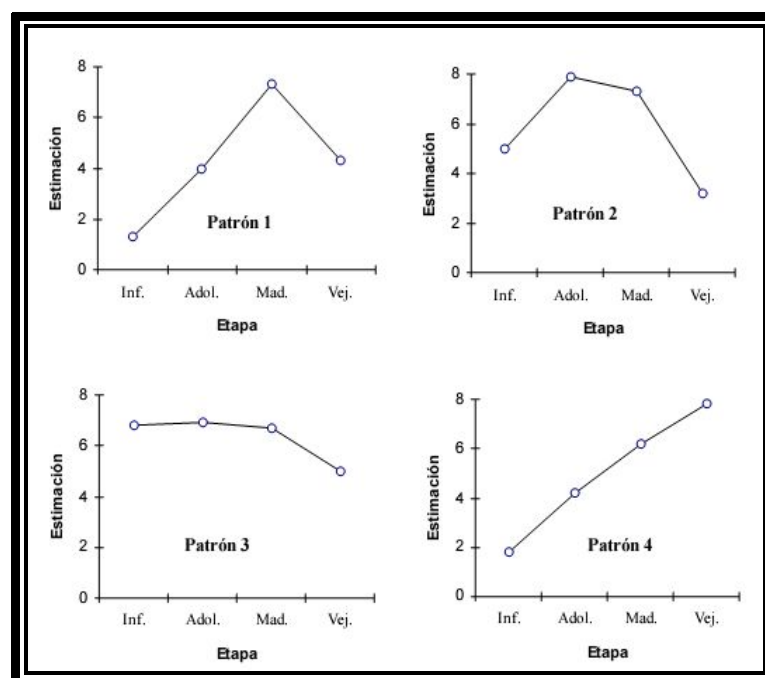
de forma mais considerável na meia-idade. Na velhice ocorre uma descida considerável.

- O Padrão 2 (que inclui a totalidade da dimensão biológica-orgânica - saúde, capacidade de movimento, rapidez, agudez sensorial; e uma característica da dimensão psicológico-cognitiva – memória) apresenta-se em ascensão desde a infância até à adolescência, etapa em que alcança os valores máximos. A partir da adolescência produz-se uma descida moderada dos valores na meia-idade e uma descida deveras acentuada na velhice. Neste padrão a etapa da velhice é a etapa que apresenta os níveis mais baixos.

- O Padrão 3 (que inclui: dimensões psicológico-motivacionais – felicidade e ilusão; e uma dimensão psicológico-cognitiva – inteligência; e a beleza, atributo este de difícil categorização) sofre poucas alterações até à meia-idade, denotando-se a partir daí uma descida suave até à velhice.

- O Padrão 4 (que inclui unicamente o atributo sabedoria) é o único que aumenta sempre até à etapa da velhice, apresentando valores mínimos na infância e máximos na velhice.

Figura 6 – Padrões Percebidos de envelhecimento



Fonte: *Representación social del envejecimiento* (p. 178), Villar, F. P. (1998), Tese de Doutoramento, apresentada à Universidade de Barcelona. Barcelona.

O autor visando ainda conhecer a relação da variável contacto relativamente à percepção da velhice, correlacionou esta ao nível das diferenças obtidas entre a meia-idade e a velhice, encontrando diferenças significativas em 4 dos 16 atributos (sendo eles, a agudez sensorial, a rapidez, a capacidade de movimento e a inteligência), atributos estes maioritariamente de dimensão física, diferenças que sugeriam que quanto maior era o contacto (ao nível de frequência) menor era o declive da percepção destes atributos. Como conclusão final deste estudo, o autor salienta que relativamente à percepção do processo de envelhecimento, para além de algumas características próprias do modelo unidireccional, se verifica também uma multidireccionalidade de alguns processos, dependendo pois das dimensões tomadas em consideração.

Villar (1996), visando explorar as atitudes mantidas face ao envelhecimento, com base na variável idade, aplicou a uma amostra de 82 pessoas com idades compreendidas entre os 20 e os 56 anos (constituída por estudantes e trabalhadores, com distintos níveis de escolaridade – primários, médios e universitários), um questionário constituído por 18 items em forma de adjectivos bipolares, constatando a existência de uma visão de envelhecimento onde conviviam aspectos positivos e negativos. O autor verificou ainda que as pessoas com mais idade possuem atitudes mais positivas face ao envelhecimento, apontando como hipótese provável que tal resulta de uma forma de adaptação às alterações inerentes ao processo de envelhecimento que vão surgindo.

Numa investigação efectuada por Pascual, Vicario, Corino e Fernández (1997), com o intuito de estudar o que opinavam os jovens acerca dos anciãos, numa amostra de 150 estudantes com idades compreendidas entre 18-25 anos (no qual 75 eram estudantes de enfermagem, os outros 75 eram estudantes de diversos cursos universitários), as

conclusões obtidas foram as seguintes:

- Os jovens vêem a velhice como sendo algo que está muito longe, como algo positivo e bom em si, contudo ter que enfrentar a visão da sua própria velhice, assusta-os. Segundo os autores, os jovens querem “viver a sua vida, desfrutar dela e não envelhecer” (p. 69).
- Comparativamente, os estudantes de enfermagem são os que em termos percentuais, temem mais a velhice. Para os autores, tal se deve ao contacto directo com idosos com problemas (enfermos terminais, abandonos familiares, entre outros).
- Aqueles jovens que convivem com idosos em casa temem mais a velhice, vêem-na como algo mais real, isto comparativamente aqueles jovens que não convivem com os idosos.

Hummert, Garstka, e Shaner (1997) efectuaram uma investigação com o intuito de identificar o papel dos rostos da pessoa na estereotipia. Após a mostragem de imagens de três grupos etários (60-69 anos, 70-79 anos, e 80 e mais anos) a participantes jovens, adultos de meia-idade e idosos, os autores constataram pelos resultados que a percepção de rostos de maior idade acarreta a associação de um menor número de características positivas. As idosas, os indivíduos “mais idosos” e os indivíduos que possuíam expressões neutras foram valorizados mais negativamente. Os autores constataram ainda que o sorriso pode anular o estigma da idade (dado que este pode minimizar a percepção das rugas, bem como evidenciar outras características positivas).

Villar (1998) desenvolveu uma tese de Doutoramento acerca das representações sociais do envelhecimento, recorrendo à metodologia qualitativa, aplicando para tal uma entrevista semi-estruturada com distintas questões acerca da temática, a um total de 48 indivíduos (16 indivíduos de três grupos etários previamente definidos: 18-25; 40-50; maiores de 65 anos), residentes em Barcelona ou na sua área metropolitana, com distintos níveis de

estudos. O autor verificou que a representação social do envelhecimento obtida na amostra estudada parece dominada por ideias de perdas irreversíveis até à morte, representação esta que se ajusta ao modelo unidireccional de envelhecimento (correspondendo essencialmente ao processo biológico, definido por um declive). Como factores responsáveis por influenciar o envelhecimento percebidos pela amostra, das respostas o autor destaca os seguintes aspectos: o trabalho excessivamente desgastante, os estilos de vida insanos (dominados por vícios), os cuidados para com a saúde, o acesso aos avanços médicos, a dieta adequada e a existência de uma certa resistência biológica (fortaleza de base). Quando comparado aos resultados dos estudos que utilizam questionários, este estudo parece revelar uma imagem notoriamente mais negativa, para o autor: “Esta discrepância poderia ser devida a um maior grau de espontaneidade e liberdade de que desfrutaram os sujeitos ao responderem a questões relativamente abertas” (p.487).

Villar e Triadó (1999), com o intuito de examinar as teorias implícitas a respeito das trajectórias evolutivas normativas em relação a distintos atributos, aplicaram um questionário a 180 pessoas que viviam em Barcelona ou na sua área metropolitana. A amostragem foi do tipo intencional, tendo em consideração o sexo e a idade. Relativamente à idade, recorreu-se a seis grupos etários: 15-19 anos; 20-29 anos; 30-39 anos; 40-49 anos; 50-59 anos; maiores de 59 anos. Para cada um dos grupos escolheram-se 30 indivíduos do sexo masculino e 30 indivíduos do sexo feminino. Foram rejeitados 14 questionários por estarem preenchidos incorrectamente. O questionário utilizado foi o de Villar (1995), tendo-se reduzido o número de atributos para 10 (saúde, rapidez, memória, poder, economia, dependência, felicidade, ilusão, inteligência, sabedoria). Os autores verificaram que à excepção da sabedoria, todos os atributos percebidos se apresentavam em forma de declive quando chegados à etapa da velhice. Para quantificar a percepção do declive ou

de ganho relativamente à segunda metade da vida, os autores calcularam o coeficiente de envelhecimento percebido (calculado através da diferença entre o valor que o indivíduo atribui à velhice e o valor mais elevado que concede em qualquer outra etapa, desta forma, um valor negativo indicaria a percepção de declive, valores próximos de zero, indicariam estabilidade, valores positivos indicariam uma percepção positiva). Dos resultados destacam-se quatro padrões:

- um primeiro padrão (constituído pelos atributos de carácter mais social: poder e economia; e pelo atributo dependência) com o formato denominado de um modelo de V invertido (constituído por valores muito baixos na infância, contudo aumentam progressivamente e rapidamente até à meia-idade, alcançando aí os valores máximos, a partir daí até à velhice verifica-se um declive);
- um segundo padrão (constituído por dois atributos de carácter mais biológico: saúde, rapidez; e pela memória) que apresenta um formato de U invertido (em que se verifica níveis elevados e em crescimento desde a infância até à adolescência, descendo ligeiramente desde a adolescência até à meia-idade e mais bruscamente desde a meia-idade até à velhice);
- um terceiro padrão (constituído por atributos psicológicos não cognitivos: felicidade e ilusão; e pelo atributo inteligência) com um formato denominado de modelo em arco (em que a partir da infância apresenta uma trajectória de ascensão muito suave, acabando por descender desde a meia-idade até à velhice);
- um quarto padrão constituído pela sabedoria encarado como um modelo de crescimento (valores baixos na infância que sobem algo até à adolescência, daqui até à meia-idade os valores sobem muito, a partir da meia-idade até à velhice os valores continuam a subir de uma forma menos acentuada que a anterior).

Aquando da discussão dos resultados os autores referem-nos acerca da relação estreita

entre perdas/ganhos com a natureza do atributo avaliado, levando a pensar que a visão mais otimista ou pessimista que o indivíduo possui acerca do envelhecimento depende essencialmente da importância ou peso que o indivíduo atribui a cada uma das dimensões, neste sentido, se as pessoas julgam que o processo de envelhecimento é fundamentalmente um processo biológico, então o indivíduo terá uma visão mais pessimista (ou menos otimista) relativamente aquelas que tenham em consideração dimensões do tipo psicológico (em especial as psicológico-motivacionais).

Os autores concluíram ainda que o coeficiente de envelhecimento percebido pela amostra dos distintos atributos não apresentou diferenças significativas em função: do sexo; nível de estudos (categorizado como: sem estudos; com estudos primários; com estudos médios; com estudos universitários); percepção do nível de saúde (categorizada como: muito má; má; regular; boa; muito boa); e no facto de se conviver ou não com idosos.

Paúl (2000) procurou identificar os estereótipos acerca das pessoas idosas numa amostra de 70 crianças do 2.º ciclo (com uma média de idades de 11 anos), recorrendo para tal a análise de conteúdo de uma redacção solicitada aos mesmos, acerca do “Velho” e da “Velhice”, realizada no contexto do ensino do Português. Os resultados revelaram a existência de estereótipos maioritariamente negativos acerca dos idosos. Em média foram cotadas por cada criança 3,8 atributos concedidos aos “Velhos”, sendo que as categorias que mais emergiram deste estudo foram, por ordem decrescente de maior enumeração:

- as características físicas dos idosos (ex: frágeis, feios, vêem e ouvem mal, pele enrugada, falta de cabelo, falta de dentes);
- a saúde dos mesmos (ex: doentes, com dificuldades na mobilização, que usam bengala; sofrem dos ossos, possuem varizes, com falta de autonomia);
- as características psicológicas (havendo referência a atributos negativos, como chatos,

aborrecidos, teimosos, tristes, inactivos; mas há também referência a atributos positivos, que correspondem a 20% desta categoria, imagens estas associadas ao contacto afectuoso com os avós);

- a relação idosos / crianças (reportados quer por relações positivas, que advêm da representação do idoso como um contador de histórias, como alguém que atribui presentes, quer por relações negativas, reportadas por atitudes de compaixão, como a pena, a paciência para com os idosos, atributos estes fortemente interligados com os estereótipos negativos);

- as características sociais dos idosos (ex: solidão, pobreza, vestido de preto, vêem TV e necessitam de ajuda);

- atitudes face à velhice (reportam-se a características da velhice, em que esta é percebida como uma etapa de tristeza e dificuldade que representa uma infelicidade para os idosos, projectados com alguma frequência nas Instituições – Lares e Centros de Dia).

Peral (2000) elaborou uma investigação visando conhecer qual a atitude face às pessoas idosas, e verificar se a idade a influenciava. Para tal, passou um conjunto de adjectivos com o intuito de medir os estereótipos acerca das pessoas idosas numa amostra categorizada da seguinte forma, em termos de idade: menor ou igual a 18 anos (n=41); 19-35 anos (n=80); 36-64 anos (n=68); igual ou maior que 65 anos (n=31). Deste estudo o autor concluiu que o auto-estereótipo é mais favorável que o hetero-estereótipo, verificando-se maiores valores à medida que aumenta a idade. De referir que o autor constatou que todos os grupos possuem uma atitude positiva face às pessoas idosas.

Marín, Troyano e Vallejo (2001) com o objectivo de analisar a percepção social acerca da

velhice, tendo por base distintas variáveis como o género, o nível de estudos, e o local de residência, aplicaram um questionário elaborado para o efeito (construído para avaliar a percepção acerca das limitações físicas e psicossociais inerentes ao avançar da idade, para avaliar as vantagens percebidas relativas à velhice, bem como para avaliar a percepção que se possui acerca de como o carácter evolui com a idade) a uma amostra obtida aleatoriamente e estratificada por idades e população. A amostra era constituída por 340 indivíduos da província de Sevilha, incluindo a capital, com idades compreendidas ente os 10 e os 85 anos, com distintos níveis de estudos (sem estudos – 21,8%; com estudos primários – 30,3%; com estudos médios – 30,3%; com estudos universitários – 17,6%). Os autores destacam os seguintes resultados:

- A limitação física que mais se atribui à velhice é a que se refere aos achaques próprios da idade, tais como os problemas circulatórios, respiratórios, digestivos, entre outros (45,3% da amostra), seguido por ordem decrescente em termos de percentagem de atribuição: problemas de mobilidade, onde se destacam as doenças osteoarticulares (31,7%); diminuição da força física (13,6%); problemas sexuais (9,4%). Os autores constataram ainda que os adolescentes (10-17 anos) e a primeira idade adulta (26-34 anos) atribuem à velhice como principal limitação os problemas relacionados com a mobilidade. Encontraram também diferenças significativas relativamente ao género, em que os homens atribuem à velhice como principais limitações a perda da força física e os problemas sexuais, enquanto que as mulheres atribuem os achques e os problemas de mobilidade.

- As limitações psicossociais mais apontadas à velhice foram a deterioração cognitiva e a dependência. Também a este nível foram encontradas significâncias relativamente aos grupos etários, assim os adolescentes (10-17 anos) e os idosos (65 e mais anos) consideram que a deterioração cognitiva é a limitação psicossocial que mais afecta a

velhice, enquanto que os jovens (18-25 anos) e a primeira idade adulta (26-34 anos) consideram que é a dependência. A segunda idade adulta (35-64 anos) considera como a limitação que mais afecta a velhice o não poder trabalhar.

- Quantos às vantagens percebidas relativamente à velhice, a experiência foi o atributo que mais se atribuiu a esta. Foram encontradas diferenças significativas relativamente aos grupos etários, em que os adolescentes e os idosos consideram como principal vantagem o alcançar uma maior tranquilidade, enquanto que os jovens consideram que é ter a vida realizada. Os da primeira idade adulta valorizam a experiência, enquanto que os da segunda idade valorizam a maior capacidade de compreensão. A este nível foram também encontradas significâncias relativamente ao nível de estudos, sendo que aqueles que não possuem estudos valorizam a tranquilidade, enquanto que aqueles que os possuem valorizam o possuir a vida realizada.

- Quanto à percepção da evolução do carácter com a idade, 52% dos indivíduos da amostra consideram que o carácter piora, enquanto que 48% da amostra considera que este melhora com a idade. Encontrou-se significâncias relativamente aos grupos etários, em que os adolescentes e a primeira idade adulta consideram haver melhora com o avançar da idade, enquanto que os restantes grupos consideram que ele piora. Também relativamente aos géneros foram encontrados significâncias, desta forma as mulheres são da opinião que o carácter piora, enquanto que os homens são de opinião contrária.

A conclusão mais definitiva do estudo reside na constatação de que as percepções acerca das limitações físicas e psicossociais atribuídas à velhice seguem o modelo tradicional (ressaltando-se os aspectos mais negativos da velhice), contudo paralelamente surge uma percepção mais favorável no que concerne às vantagens percebidas relativamente à velhice (onde se destaca a experiência, a tranquilidade e a vida realizada). O limite do contexto espacial (estudo limitado a uma zona geográfica) e temporal, reduz

segundo os autores, as possibilidades de generalização dos resultados, não obstante os dados obtidos salientam que ao longo do desenvolvimento evolutivo as percepções acerca da velhice vão-se modificando.

Magalhães (2003), com o intuito de conhecer nos enfermeiros a imagem socialmente partilhada e ancorada acerca da velhice, aplicou um questionário a 200 destes profissionais, constatando através da análise de conteúdo o predomínio de uma imagem negativa acerca da mesma. A solidão foi o atributo de orientação negativa mais percepcionado acerca da velhice (por 40% da amostra), seguido respectivamente por ordem decrescente de frequência, por mais cinco temas de orientação negativa: doença, dependência, limitação física, morte, limitação psíquica, como se pode observar na tabela 1.

Tabela 1 – Imagem dos enfermeiros acerca da velhice por ordem de frequência

Categoria	Frequência total	Percentagem
Solidão	80	40%
Doença	66	33%
Dependência	59	29,5%
Limitação Física	53	26,5%
Morte	48	24%
Limitação Psíquica	41	20,5%
Reforma	36	18%
Experiência	32	16%
Sabedoria	31	15,5%
Abandono	24	12%

Fonte: *Representação Social da Velhice em Enfermeiros* (P. 114), Magalhães, C. (2003), Dissertação de Mestrado em Psicologia Social, apresentada à Universidade Fernando Pessoa. Porto.

Identificadas as dez principais categorias acerca da velhice em enfermeiros, o autor procurou verificar a significância da sua relação com o “sexo” e com o facto de “residir ou não com idosos” dos indivíduos respondentes. Constatou-se a existência de uma

relação significativa entre: a menção do tema “limitação física” e o “sexo”, sendo que o sexo feminino foi o que mais referenciou este atributo de orientação negativa; e a menção do tema “dependência” e o facto de “residir ou não com idosos”, em que o grupo dos enfermeiros que viviam com idosos foi o grupo que mais referenciou este atributo.

Carroza (2003) elaborou uma tese de doutoramento em que procurou investigar os auto-estereótipos (imagens do idoso sobre si mesmo) e heteroestereótipos (imagens do idoso acerca dos membros do seu grupo etário) associados à velhice na Comunidade de Extremadura (Espanha), tendo verificado a sua relação para com as variáveis sociodemográficas, de actividade e com o índice de satisfação com a vida.

As conclusões revelam-nos:

- a existência de um hetero-estereótipo compacto, sendo no entanto poucas as diferenças significativas encontradas em função das distintas variáveis analisadas;
- que a forma como o idoso se percebe a si mesmo constitui um potente predictor do seu comportamento (relação funcional) para com o meio que o rodeia.
- a existência de diferenças estatisticamente significativas entre a forma como a pessoa idosa percebe-se a si mesmo e os demais do mesmo grupo etário. Destaca-se uma percepção relativa aos demais que se inclui essencialmente num componente de conduta infantil, componente que não referencia tão claramente na definição que faz de si mesmo, apesar de ter incluído um maior n.º de adjectivos negativos.

Serrano (2004) salienta-nos que existe uma grande discrepância entre o que as pessoas idosas pensam como a sociedade os percepção e como eles mesmos se percebem.

Nesse sentido, tendo por base um estudo, a autora refere-nos que 46,5% das pessoas idosas

considera que a sociedade os percebe como pessoas doentes, 46% como inativos, 45,5% como aborrecidos e 42% como pessoas tristes. Somente uma em cada três pessoas idosas percebe que a sociedade os considera como divertidos, e uma em cada quatro percebe que a sociedade os considera como sábios. Comparativamente, as idosas percebem que a sociedade possui uma imagem mais negativa relativamente aos mesmos, do que os idosos. As pessoas idosas consideram-se a si mesmo da seguinte forma: 53,8% divertidos, 23,5% sábios, uma em cada quatro consideram-se como pessoas doentes, 21,8% inativos, 19,9% tristes, 7,2% molestos. Os homens possuíam uma imagem mais positiva acerca de si mesmos do que as mulheres. As pessoas idosas que vivem sós possuem uma imagem mais negativa acerca de si, quando comparado com as que vivem acompanhadas.

Rodriguez e Postigo (2004) elaboraram um estudo sobre estereótipos juvenis referentes ao envelhecimento, aplicando um questionário a uma amostra de 530 jovens universitários, alunos estes de distintos cursos (Engenharia Técnica Industrial, Engenharia Técnica Florestal, Enfermagem, Humanidades, Magistério). O instrumento de recolha de dados era constituído por três partes, em que a primeira visava o estudo da relação do jovem com os idosos, a segunda parte visava o estudo dos estereótipos acerca da velhice, a última parte visava o estudo da percepção dos diversos padrões de envelhecimento de vários atributos (saúde física, saúde mental, força física, rapidez, capacidade de movimento, agudez sensorial, prestígio social, produtividade, recursos económicos, poder, dependência, ilusão, felicidade, inteligência, memória, sabedoria, beleza). Os autores concluíram:

- Os jovens avaliam de forma positiva as relações que mantêm com os avós, quer com outros idosos que conhecem.

- Não se verifica um predomínio quer de estereótipos negativos, quer de estereótipos

positivos, havendo sim um equilíbrio acerca dos mesmos. Das percepções positivas mais compartilhadas (por cerca de 70% da amostra) destacam-se as seguintes: na velhice mantém-se a capacidade de aprendizagem e de desenvolvimento da memória aquando da utilização de actividades adequadas; às pessoas idosas é-lhes atribuída uma imagem de responsabilidade; as habilidades sociais dos idosos favorece o relacionamento com os amigos, evitando a marginalização; os idosos demonstram grande capacidade para realizarem tarefas como faria um jovem e demonstram um grande interesse pelas coisas. Das percepções mais negativas, compartilhadas por mais de 70% dos jovens, de destacar: a perda da memória imediata; a manutenção de comportamentos infantis; com a reforma acabam por surgir distintos transtornos psicológicos. Segundo os autores, quando comparado estes resultados com outros estudos realizados anteriormente, de destacar a tendência para uma imagem mais positiva acerca dos idosos, por parte dos jovens, pois tem-se verificado que os estereótipos positivos são os mais unanimemente compartilhados.

- Quanto ao padrão de desenvolvimento ao longo do ciclo vital, relativamente aos distintos atributos, constatou-se que as pessoas idosas recebem as maiores pontuações em termos comparativos com outras etapas (infância, juventude e meia-idade) no atributo referente à sabedoria, e recebem as pontuações mais baixas para os atributos referentes à saúde física, às capacidades físicas, à rapidez, à mobilidade e agudez sensorial, à ilusão e felicidade, à memória e à saúde mental, bem como em relação à beleza. De acordo com as respostas dadas pelos jovens, os autores distinguiram 4 padrões de desenvolvimento na velhice, tais como: uma forte descida no padrão 1 denominado de biológico-orgânico e psicológico-cognitiva (engloba a saúde física, a capacidade de movimento, a rapidez, a agudez sensorial e a memória); um declive menor no padrão 2, denominado de social (engloba o prestígio social, a produtividade, os recursos

económicos, o poder e a dependência); um leve declive no padrão 3 denominado de psicológico-motivacional e psicológica-afectiva (engloba a felicidade, a ilusão e a inteligência); um padrão 4 denominado de sabedoria (que engloba apenas este atributo), apresenta uma recta positiva.

Os autores encontraram diferenças significativas relativamente ao sexo em algumas questões específicas, verificando que as raparigas possuem uma imagem mais negativa acerca da velhice no que concerne às seguintes questões: perda do interesse em termos de sexualidade; a memória imediata torna-se deficiente; as pessoas idosas tornam-se senis; quando se reformam ocorre um aumento dos transtornos psicológicos. Por sua vez, os rapazes possuem uma imagem mais negativa em relação à velhice no que concerne à questão de percepcionarem que os idosos são pessoas que se irritam mais facilmente. Os rapazes opinam também, de forma estatisticamente significativa, que a possibilidade dos idosos serem marginalizados deve-se essencialmente à modernidade da vida. A maioria dos jovens refere que a maior parte dos idosos possui tantos amigos como os jovens, excepção para aqueles que convivem com idosos, pois referem uma pior opinião quanto a essa afirmação. Os autores salientam que é necessário construir programas de intervenção que visem a alteração das crenças, dos estereótipos e atitudes relativas ao envelhecimento e à velhice, de forma a complementar trabalhos de investigação mais descritivos.

Mais recentemente, Mena, Palácios e Trianes (2005) construíram uma escala tipo Lickert (com quatro tipos de respostas: totalmente em desacordo, algo em desacordo, algo de acordo e totalmente de acordo) para avaliar os estereótipos negativos face à velhice, com base no questionário (FAQ) de Palmore (1988) e de Izal e Montório (1991), considerados suficientemente aceites pela literatura, aplicado a uma amostra de 757 indivíduos com idades compreendidas entre os 65-96 anos. Uma análise factorial revelou a existência de

três dimensões acerca dos estereótipos, categorizadas respectivamente como “saúde”, “motivação-social” e “carácter-personalidade” constituídas por 15 itens com saturações acima dos 0,4 (quadro 10).

Quadro 10 – Análise Factorial de um questionário construído para avaliar os estereótipos negativos face à velhice

Factores	Ítems	Saturação
Factor 1: Saúde	- Deterioração da memória	0,797
	- Doenças mentais	0,649
	- Forte deterioração da saúde	0,609
	- Incapacidades, pelo que dependem dos demais	0,606
	- A deterioração cognitiva é parte inevitável da velhice	0,479
Factor 2: Motivação-social	- Possuem menos interesse pelo sexo	0,779
	- As pessoas idosas possuem menos amigos	0,662
	- Perda de interesse pelas coisas	0,563
	- Incapazes de resolver os problemas	0,482
	- Não realizam um trabalho tão bem como os mais jovens	0,402
Factor 3: Carácter-personalidade	- Irritam-se e são “chatas”	0,847
	- Tornam-se mais rígidos e inflexíveis	0,577
	- São como crianças	0,576
	- Os defeitos das pessoas agudizam-se com a idade	0,550
	- Tremelicam	0,526

Fonte: *Cuestionario de evaluación de estereotipos negativos hacia la vejez* (p.215). Mena, M.J., Palacios, C.S., & Trianes, M.V. (2005), *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 15 (4), 212-220

Do ponto de vista metodológico, segundo os autores os factores resultantes são homogéneos e estão de acordo com estudos prévios, dado que a maior parte dos estudos acerca de estereótipos negativos de alguma forma fazem referência à área da saúde, às reacções interpessoais e interesses vitais, bem como à involução em aspectos do carácter e da personalidade. Os resultados obtidos da amostra de idosos indicam que a maior parte destes ocupa posições intermédias relativamente ao nível de concordância com os estereótipos negativos acerca da velhice para as três dimensões do questionário, o que leva os autores a apontar para a possibilidade de se estar perante uma redução das crenças negativas acerca da velhice por parte dos próprios idosos.

2.5 – Repercussão dos Estereótipos sobre as Pessoas Idosas

O termo ageism (idadismo) foi introduzido em 1969 por Butler (1969, p.243), definindo-o como um processo de “estereótipos e discriminação sistemática contra as pessoas por elas serem idosas, da mesma forma que o racismo e o sexismo o fazem com a cor da pele e o género”.

Para Palmore (1999) o idadismo pode ser categorizado em dois tipos: estereótipos negativos e atitudes negativas, tal como apresentado seguidamente no quadro 11.

Quadro 11 – Tipos de Idadismo segundo Erdman Palmore

	Negativo		Positivo	
Preconceito	Estereótipos	Atitudes	Estereótipos	Atitudes
Discriminação	Pessoal	Instituição	Pessoal	Instituição

Fonte: *Ageism: Negative and Positive* (p.19), Palmore, E. B. (1999), 2.^a ed. New York: Springer Publishing Company, inc.

Os estereótipos são essencialmente cognitivos, enquanto que as atitudes são essencialmente afectivos. Usualmente os estereótipos negativos levam a atitudes negativas e as atitudes negativas suportam estereótipos negativos. Para o autor existem essencialmente nove estereótipos que reflectem o preconceito negativo para com as pessoas idosas, são eles: a doença, a impotência sexual, a fealdade, o declínio mental, a doença mental, a inutilidade, o isolamento, a pobreza e a depressão. Os preconceitos usualmente resultam em discriminação, sendo que esta ocorre essencialmente: no emprego, em agências governamentais, na família, habitação (em especial, nas residências para idosos) e ao nível dos cuidados de saúde. Segundo o autor, menos atenção tem sido dedicada ao idadismo positivo dado que este não é prejudicial às pessoas

idosas. São oito os principais estereótipos positivos a ele associado: a amabilidade, a sabedoria, o ser de confiança, a opulência, o poder político, a liberdade, a eterna juventude e a felicidade. A maioria das pessoas mistura atitudes negativas com algumas positivas, tal como nos cita Palmore (1999) com o seguinte dito popular nos EUA: “A velhice não é tão má quando comparada à alternativa” (p.40), isto porque a alternativa é a morte. A discriminação a favor dos idosos pode resultar, de estereótipos positivos ou inclusivamente negativos (ex: o acreditar no estereótipo negativo de que a maioria dos idosos é pobre pode favorecer a atribuição de apoios à velhice). O autor destaca cinco áreas de discriminação positiva para com as pessoas idosas: economia, política, família, habitação e cuidados de saúde. O idadismo pode ser pessoal (preconceito ou discriminação por indivíduos) ou institucional (discriminação para com os idosos resultante de uma política de uma instituição ou de uma organização).

Palmore (1999) destaca-nos como principais consequências do idadismo:

- A discriminação no emprego – recusa de contratação e promoção dos trabalhadores mais velhos, em prole da aceitação preferencial e promoção dos trabalhadores mais jovens.

- A aceitação da imagem negativa – as vítimas de preconceitos e discriminação tendem adoptar a imagem negativa do grupo dominante, comportando-se de acordo com a mesma. Desta forma, define-se o que deve ou não fazer o idoso. Tal pode acarretar distintos custos pessoais nos idosos, como leva-los a evitar as relações sexuais, a evitar novas ideias, a serem improdutivos, bem como levar à conformidade social para com os estereótipos negativos do idadismo. Por sua vez esta conformidade pode resultar na redução da auto-estima do idoso, das suas habilidades pessoais, bem como induzir a deterioração da sua saúde física e mental.

O autor anterior identificou por parte dos idosos, quatro formas básicas de reacção ao idadismo, são elas: “a aceitação, a negação, a evitação ou a reforma” (p. 109). Todas estas respostas podem acarretar efeitos prejudiciais sobre os indivíduos. A «aceitação» pode ser manifestada pelo afastamento voluntário e pela apatia (esta traduz uma infelicidade do idoso para com o seu papel). A «negação» visa recorrer a meios para “parecer jovem”, como por exemplo a cirurgia plástica. A «evitação» pode apresentar várias formas como a segregação, o isolamento, o alcoolismo, a dependência às drogas, doença mental, ou até mesmo o suicídio. A «reforma» reconhece o prejuízo e a discriminação e procura a sua eliminação, que pode ocorrer ao nível individual, recorrendo a actividades que não se conformam com os estereótipos negativos.

Para Motte e Tortosa (2002) os “estereótipos minimizam as diferenças individuais e tendem a igualar todas as pessoas idosas, ignorando que cada idoso possui as suas próprias características, personalidade e forma de envelhecimento” (p. 103). Para além disso, os estereótipos podem desencadear um fenómeno de contracção, significando este que quando qualquer fenómeno que se observa nas pessoas idosas não corresponde ao estereótipo previamente construído, existe uma certa tendência para recusar o mesmo. Para os autores os estereótipos negativos afectam muitos profissionais que trabalham com idosos, sem se aperceberem que estes podem repercutir-se negativamente sobre a auto-estima do idoso, bem como sobre o desenvolvimento da sua personalidade.

Num estudo elaborado por Montorio, Trocóniz, Colodrón e Losada (2002), estes verificaram uma relação significativa entre os estereótipos dos cuidadores acerca das pessoas idosas e as suas atribuições para com o familiar de idade avançada que cuidam. A maior intensidade de relação ocorreu ao nível das atribuições de afecto negativo tolerável,

verificando-se que quando os cuidadores categorizam os idosos como doentes, débeis e incapazes de se auto-valerem, frequentemente percebem estes mesmos termos acerca do idoso que cuidam. Por outro lado, verificou-se uma relação significativa entre as imagens dos cuidadores acerca das pessoas idosas e o bem-estar dos idosos que cuidam. A partir dos resultados encontrados os autores assumem a existência de uma relação entre os estereótipos negativos da velhice e as condutas de superprotecção. Condutas estas que devido à perda de oportunidades (de prática) vão implicar uma diminuição de capacidade e conseqüentemente um aumento da dependência, que por sua vez reforçam a imagem negativa do cuidador acerca desta.

A forma como os jovens percebem as pessoas idosas, bem como o processo de envelhecimento, podem resultar em conseqüências importantes, na medida em que para além de poderem durante a idade adulta influenciar dinamicamente o seu desenvolvimento pessoal, eventualmente estes ficarão com a responsabilidade de resolver alguns problemas dos idosos (Neto, 2002).

Levy, Slade, Kunkel e Kasl (2002), investigadores da Universidade de Yale e de Miami (EUA), verificaram num estudo que os estereótipos negativos constituem um perigo para a sobrevivência. Estes autores através da comparação da taxa de mortalidade de uma amostra de 660 participantes com as respostas fornecidas por estes há 23 anos atrás, constataram que as pessoas com percepções mais positivas acerca do envelhecimento viveram em média mais 7,5 anos. Vantagem que se mantinha mesmo quando se controlam variáveis como a idade, género, status socioeconómico, solidão, e a saúde funcional.

Num estudo experimental publicado por Pinquart (2002) acerca do efeito dos

estereótipos negativos da velhice sobre a auto-percepção e hetero-percepção em pessoas idosas, tendo aplicado a 60 idosos uma informação negativa acerca da competência na velhice, enquanto que a um grupo de controle constituído por 40 idosos foi fornecido apenas informação neutra, o autor verificou relativamente ao grupo que foi submetido à informação estereotipada, que no geral a percepção destes acerca das outras pessoas idosas piorou, contudo tal não aconteceu relativamente à auto-percepção. As alterações das auto-percepções variam atendendo à aplicabilidade percebida da informação negativa sobre eles mesmos. Desta forma o autor concluiu que os idosos utilizam os estereótipos negativos mais como um padrão de referência para a comparação, do que para a integração nas suas auto-percepções.

Instrumento de avaliação do idadismo

Palmore (2001) construiu com base na fundamentação bibliográfica científica um instrumento de avaliação do idadismo, visando responder a três questões:

- Qual é a prevalência do idadismo em várias sociedades?
- Que tipos de idadismo são mais prevalentes?
- Que subgrupos de pessoas idosas relatam mais o idadismo? (p. 572).

O instrumento foi testado numa amostra de 84 pessoas com idades acima dos 60 anos. Os resultados revelaram que a maioria da amostra referiu ter já sofrido severos incidentes de idadismo, sendo que os tipos mais frequentes reportam-se a formas de desrespeito para com os idosos, que incluiu os seguintes itens mais cotados para esta categoria, por ordem decrescente: «Contaram-me uma anedota que troça / ridiculariza as pessoas idosas», «Falaram comigo de forma condescendente ou paternalista por causa da minha idade», «Fui ignorado(a) ou não tomado(a) a sério por causa da minha idade», «Fui tratado(a) com menos dignidade e respeito devido à minha idade».

Outras das formas de idadismo que se seguiu foram as suposições acerca de desordens físicas ou mentais ou fragilidades inerentes à idade, que incluiu os seguintes itens mais cotados para esta categoria: «alguém me disse, és demasiado velho para ...», «O médico(a) ou enfermeiro(a) assumiu que as minhas desordens físicas ou mentais devem-se à minha idade», «Alguém supôs que eu não ouvia bem devido à minha idade», «Alguém supôs que eu não percebia bem devido à minha idade».

Este instrumento foi já utilizado em Portugal, por Alves e Novo (2006) numa amostra de 324 indivíduos com idades superiores a 60 anos, residentes em diversas localidades do distrito de Braga, Porto e Lisboa, institucionalizados em lares ou centros de acolhimento para a terceira idade (que correspondiam a 24% da amostra) e não institucionalizados (que correspondiam a 76% da amostra), sendo que os resultados revelaram que uma parte significativa da amostra revelou ter sido vítima de idadismo. As ocorrências mais relatadas reportam-se ao nível dos cuidados de saúde (nas relações interactivas com os profissionais desta área) e em outros contextos em que os interlocutores pressupõem que os idosos possuem dificuldade de audição e de compreensão. Quanto à discussão relativa à elevada discriminação sofrida por parte dos profissionais de saúde, para os autores apesar da formação científica, estes podem revelar igual ou maior quantidade de estereótipos que as pessoas comuns, avançando como uma explicação plausível o facto destes “lidarem muito mais com a patologia do que com o envelhecimento normal e, na medida em que quando contactam pessoas idosas elas têm patologia, por mecanismos básicos associam à velhice a expectativa de um conjunto de patologias” (p 74). Os autores encontraram ainda uma associação positiva entre a percepção da discriminação e a idade (tendo por base três grupos etários: 60-70; 71-80; 81-90), sendo que o grupo etário mais elevado apresentava uma maior diversidade de tipos de

discriminação, e a associação com maior força entre a idade e os itens situava-se ao nível dos seguintes: «experiência de ser ignorado», atribuição de «o não ouvir» e de «o não compreender». De referir que foi também encontrada associação entre a percepção de discriminação na generalidade dos itens e estar ou não institucionalizado, sendo que os que se encontravam institucionalizados em lares referiam em termos relativos, mais tipos de discriminação, em que as diferenças mais significativas reportam-se aos seguintes itens: «ser ignorado», «ser tratado com menos dignidade ou respeito», e «assumir incompreensão».

Formas de combate à discriminação

Estratégias de combate à discriminação estão já referenciadas há longa data na literatura científica da área, e muito antes de surgir propriamente o conceito de idadeísmo. Nesse sentido, Allport (1954) avançou com uma teoria a que denominou de hipótese de contacto, que refere-nos que à medida que as relações entre os grupos aumentam (contacto inter-grupal), ocorrerá uma melhoria das mesmas, conseqüentemente a percepção do endogrupo relativamente ao exogrupo irá sofrer melhorias significativas. Contudo, segundo o autor, para a melhoria das relações acontecerem teria que se verificar alguns pressupostos, tais como: a igualdade de status entre os membros; a existência de objectivos comuns; a cooperação intergrupal; uma sustentação institucional (ao nível de normas e sanções que facilitem o processo). Seguiram-se várias revisões desta teoria, sendo adaptada por vários autores em distintos contextos, entre os quais no âmbito dos idosos, tendo esta sido contestada e verificada por diversas vezes. Neste sentido:

- Revenson (1989) procurou analisar a hipótese de contacto quanto às atitudes compassivas dos médicos face aos idosos, tendo verificado que os resultados deste estudo contradizem esta hipótese, na medida em que as pessoas idosas que apresentavam uma pior

adaptação psicossocial, menos autónomos, correspondiam aqueles utentes cujos médicos dedicaram maior tempo de contacto, implicando para o autor que o maior tempo de contacto pode não representar a redução/eliminação de estereótipos associado à idade, mas o contrário, na medida em que são activados estereótipos compassivos.

- Hale (1998) efectuou um estudo visando examinar a relação entre a idade do indivíduo, o tipo de contacto que o indivíduo possuía com as pessoas idosas, o conhecimento do indivíduo acerca das pessoas idosas, e a extensão de estereótipos que o mesmo possuía acerca dos idosos. A amostra em estudo era constituída por 100 indivíduos, divididos em n.º igual de participantes por dois grupos etários (18-25 anos; 64-79 anos). Das conclusões destaca-se: os indivíduos que experienciam níveis elevados de contacto com os idosos apresentam mais conhecimentos acerca do envelhecimento, e menores índices de estereótipos.

- Schwartz e Simmons (2001) efectuaram um estudo com o intuito de verificar a hipótese de contacto em jovens adultos, os resultados relevaram que em vez da quantidade, é a importância da qualidade da interacção inter-geracional que está relacionada significativamente com as atitudes mais positivas para com as pessoas idosas.

O combate da discriminação devido à idade implica, segundo Baltar (2004), a produção de alterações ao nível dos mass media, da cultura popular, instituições, governo, entre outros, sendo que estes representam os sistemas que os perpetuam. Nesse sentido é necessário, segundo o autor “realizar políticas de intervenção que incluam o desenho, implementação e avaliação de programas dirigidos à redução do impacto das ideias e atitudes idadistas inseridas na sociedade, através de programas coordenados de investigação e intervenção dirigidos a estes fins” (p. 12).

**II PARTE – ENQUADRAMENTO
METODOLÓGICO**

III

CAPÍTULO III – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

Uma investigação empírica é como nos citam Hill e Hill (2005, p.19) “uma investigação em que se fazem observações para compreender melhor o fenómeno a estudar”. Quer as ciências naturais, quer todas as ciências sociais, tem por base investigações empíricas, dado que as observações deste tipo permitem a construção de explicações ou teorias mais adequadas. Neste capítulo iremos inicialmente contextualizar o problema e apresentar os objectivos de estudo. Prosseguimos com a abordagem metodológica para alcançar tais objectivos. Finalizamos o mesmo com a apresentação, análise e discussão dos resultados.

3.1 – Contextualização do Problema e Objectivos do Estudo

Actualmente, na nossa sociedade, deparamo-nos frequentemente com estereótipos de orientação negativa, acerca das pessoas idosas, apontadas como pessoas doentes, dependentes, improdutivas, entre outros. São frequentes as exteriorizações de uma cultura anti-envelhecimento, reforçada pelos mass media. Por parte da população estudantil, parece que as suas percepções acerca da velhice seguem o modelo característico atribuído ao envelhecimento biológico (declive e morte), atribuição esta, detentora por si só, de uma conotação negativa. Questionamo-nos se os estereótipos de orientação negativa, acerca das pessoas idosas, predominarão na população estudantil do ensino superior que estuda no distrito de Bragança, sendo esta a questão central do nosso estudo (questão de investigação), pois como nos refere Ribeiro (1999, p.16) “Uma investigação começa por uma grande questão”.

Dado que os estereótipos negativos que se devem aos mitos acerca do envelhecimento, podem resultar em idadeísmo, torna-se pertinente fazer o diagnóstico relativo à percepção dos estereótipos acerca das pessoas idosas, relativo à percepção dos padrões de envelhecimento de distintos atributos, de forma a verificar se os estereótipos negativos predominam ou não, e caso tal se constate, contribuir para a planificação de programas que levem à supressão de falsas percepções acerca do processo de envelhecimento e acerca das pessoas idosas, contribuir com acções que possam promover a visão positiva acerca do envelhecimento, da velhice e acerca das pessoas idosas. Esta urgente necessidade de combater os estereótipos negativos, os mitos e as ideias preconcebidas acerca da velhice, através do cultivo de uma imagem positiva acerca do envelhecimento, foi já focada no Plano de Acção Internacional de Madrid sobre o Envelhecimento 2002, emanado da II Assembleia Mundial para o Envelhecimento (Nações Unidas), realizada em Abril de 2002 na cidade de Madrid (Cantera, 2002).

Como objectivos de estudo, pretende-se:

- Identificar os estereótipos acerca das pessoas idosas em alunos do ensino superior que estudam no distrito de Bragança, em função do sexo, da idade, em função de terem ou não efectuado estágio com utentes idosos no curso, em função da localidade de onde provêm (meio rural ou meio urbano) e em função de residirem ou não com idosos;
- Identificar o coeficiente de envelhecimento percebido para os distintos atributos que ocorrem a partir da quinta década de vida, em alunos do ensino superior que estudam no distrito de Bragança, em função do sexo, da idade, em função de terem ou não efectuado estágio com utentes idosos no curso, em função da localidade de onde provêm (meio rural ou meio urbano) e em função de residirem ou não com idosos;
- Explorar a relação entre as dimensões que abarcam os estereótipos de orientação negativa

acerca das pessoas idosas com o coeficiente de envelhecimento percebido para os distintos atributos, que ocorrem a partir da quinta década de vida, nos alunos do ensino superior que estudam no distrito de Bragança.

3.2 – Metodologia

Numa investigação, podemos recorrer a dois tipos de métodos, qualitativos e quantitativos, cujas vantagens e desvantagens podem determinar a sua utilização (Carmo & Ferreira, 1998). Os objectivos da investigação quantitativa visam essencialmente encontrar as relações entre as variáveis, fazer descrições e testar teorias, utilizando-se para tal o tratamento estatístico de dados recolhidos, enquanto que a investigação qualitativa não procura a informação para verificar hipóteses, procura sim analisar a informação de uma forma indutiva. De referir que alguns estudos utilizam ambas as metodologias (triangulação de metodologias). Neste nosso estudo efectuaremos uma abordagem quantitativa para alcançar os nossos objectivos.

3.2.1 – *Tipo de investigação*

O desenho de investigação é o plano lógico que permite ao investigador obter respostas às questões que se propõe alcançar com a investigação (Fortin, 1996/1999). Nele é apresentado o tipo de investigação que se irá seguir.

Estudos Experimentais e Observacionais

Os desenhos de investigação podem ser, segundo Aday (1996), de dois tipos: experimentais ou observacionais. Nos desenhos experimentais, o investigador introduz um

factor ou intervém no ambiente, de forma a verificar o impacto desta intervenção, comparando-o com o grupo que não foi sujeito à mesma, permitindo desta forma alcançar conclusões acerca da relação “causa-efeito”. Nos desenhos observacionais, tal como nos cita a autora “os investigadores não intervêm directamente, mas desenvolvem métodos para descrever os eventos que ocorrem naturalmente” (p. 26). Os estudos observacionais podem por sua vez, serem caracterizados como descritivos ou analíticos, em que os primeiros apenas fornecem basicamente a informação acerca da população em estudo, enquanto que os estudos analíticos correspondem aos estudos em que os resultados são explicados pelo exame das relações estatísticas existentes entre as variáveis, sem no entanto haver estabelecimento de causalidade. Os estudos observacionais analíticos podem ser denominados de transversais quando são referentes a um único período de tempo. Tendo por base o referido e tendo em conta os objectivos a que nos propusemos, o desenho mais apropriado consiste num estudo observacional analítico-transversal.

3.2.2 – Variáveis de investigação

Para Fortin (1996/1999, p.36) as variáveis “são qualidades, propriedades ou características de objectos, de pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação. Uma variável pode tomar diferentes valores para exprimir graus, quantidades, diferenças”. Para Delgado e Prieto (2003) as variáveis podem ser classificadas de distintas formas, destacando-se duas delas: a que tem por base a função de critério de medida e a que tem por base a função de critério de desenho. As que se baseiam em função de critério de medida podem ser denominadas como variáveis qualitativas (ex: o sexo do estudante; a localidade de onde provém; se reside ou não com idosos no seu local de proveniência; o ter efectuado ou não, estágio com utentes idosos) ou quantitativas (medidas em função da

quantidade, neste estudo são exemplo: a idade; o número de idosos com quem reside no seu local de proveniência). As que se baseiam em função de critério de desenho podem ser denominadas como variáveis dependentes ou independentes. Neste nosso estudo as variáveis dependentes corresponderão aos estereótipos acerca das pessoas idosas. Quanto às variáveis independentes, neste nosso estudo elas são: o sexo (feminino ou masculino), a idade, o tipo de curso e o respectivo ano que frequenta (permite-nos identificar se o aluno efectuou ou não, estágio com utentes idosos), a localidade de onde provém (meio rural ou meio urbano), e o facto de residir ou não com idosos. Neste estudo observacional iremos relacionar as variáveis dependentes e independentes sem identificar a causalidade.

3.2.3 – Hipóteses de investigação

Para Fortin (1996/1999, p.102) uma hipótese “é um enunciado formal das relações previstas entre duas ou mais variáveis. É uma predição baseada na teoria ou numa porção desta (preposição)”. Para a autora a hipótese diferencia-se da questão de investigação pela sua capacidade de predizer os resultados do estudo. Num estudo de investigação, os resultados obtidos podem confirmar ou infirmar (rejeitar) a hipótese.

Tendo por base a revisão da literatura, bem como os objectivos do presente estudo, formulamos as seguintes hipóteses:

H1: Há diferenças estatisticamente significativas entre o sexo e a existência de estereótipos acerca das pessoas idosas.

H2: Há relação entre a idade e a concordância com os estereótipos acerca das pessoas idosas.

H3: Há diferenças significativas entre os estudantes que estagiaram ou não com utentes

idosos e a existência de estereótipos acerca das pessoas idosas.

H4: Há diferenças significativas entre o local de proveniência e a existência de estereótipos acerca das pessoas idosas.

H5: Há diferenças significativas entre o residir ou não com idosos no local de proveniência e a existência de estereótipos acerca das pessoas idosas.

H6: Há diferenças significativas entre os coeficientes de envelhecimento percebido acerca dos distintos atributos, obtidos em função das variáveis independentes (sexo, idade, estagiar ou não com utentes idosos, local de proveniência, residir ou não com idosos).

H7: Os estudantes com um coeficiente de envelhecimento percebido mais negativo quanto aos distintos atributos que ocorrem a partir da quinta década de vida possuem pontuações mais elevadas nas dimensões resultantes do agrupamento de estereótipos de orientação negativa.

3.2.4 – Amostragem

População (Universo)

Segundo Carmo e Ferreira (1998, p. 191) a população ou universo constitui “o conjunto de elementos abrangidos por uma mesma definição”, em que uma ou mais características são comuns a estes elementos que os torna distintos de outros conjuntos de elementos. Neste estudo a nossa população alvo são todos os estudantes inscritos no ano lectivo 2005/2006 ao nível do ensino superior nas escolas do distrito de Bragança. Em Janeiro de 2006, a nossa população era constituída por 7649 alunos, distribuídos por 5 instituições do ensino superior do distrito, com um predomínio de estudantes do sexo feminino (4878 alunos – correspondendo a cerca de 63,8% da totalidade da população), como se pode verificar pelos dados apresentados na tabela 2.

Tabela 2 – N.º de estudantes do ensino superior que estudam no distrito de Bragança

Instituições do Ensino Superior	N.º de Escolas	Cidades do Distrito	N.º de alunos do Sexo Feminino	N.º de alunos do Sexo Masculino	Total de Alunos
Instituto Politécnico de Bragança	5	Bragança + Mirandela	3169	2074	5243
Instituto Superior de Línguas e Administração	1	Bragança	194	62	256
Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro – Pólo de Miranda	1	Miranda do Douro	275	33	308
Instituto Superior Jean Piaget do Nordeste	2	Macedo de Cavaleiros	993	473	1466
Pólo Universitário Jean Piaget de Mirandela	1	Mirandela	247	129	376
Total	10		4878	2771	7649

Amostragem / Amostra

A amostragem é o processo que permite definir a amostra (Almeida & Freire, 2003). A orientação deste processo pode-se efectuar através de métodos probabilísticos (amostragem causal, em que cada elemento da população possui a mesma probabilidade de ser seleccionado para formar a amostra) ou não probabilísticos (amostragem não-causal, significando que cada elemento da população não possui a mesma probabilidade de ser seleccionado para formar a amostra). Hill e Hill (2005) referem-nos que dos vários métodos de amostragem não-causal um dos mais vulgares é a amostragem por conveniência, em que os casos escolhidos são os que estão mais disponíveis, possuindo como vantagens: a rapidez, o menor custo e a facilidade. Neste estudo optamos pela amostragem não-causal, por conveniência, na medida em que escolhemos três das cinco instituições do ensino superior do distrito de Bragança para a aplicação do instrumento de recolha de dados. As escolas e os respectivos cursos escolhidos foram:

- IPB – Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Saúde; Curso de Licenciatura em Educação de Infância da Escola Superior de Educação; Curso de

Licenciatura em Engenharia Biotecnológica da Escola Superior Agrária; Curso de Licenciatura em Engenharia Civil da Escola Superior de Tecnologia e de Gestão.

- ISLA – Curso de Licenciatura em Psicologia.

- UTAD – Curso de Licenciatura em Trabalho Social do Pólo de Miranda do Douro.

De referir que os estudantes que preencheram incorrectamente o questionário não foram incluídos na amostra submetida a tratamento estatístico.

Representatividade da amostra para o estudo

Numa investigação a representatividade da amostra é deveras importante. Segundo Krejcie & Morgan (1970), conhecido o **N** da população é possível estimar o valor de **n** da amostra, tendo por base uma probabilidade de erro nunca superior a 5%, como o exemplo apresentado na tabela 3.

Tabela 3 – Estimativa do n da amostra em função do N da População

N População	n Amostra	N População	n Amostra	N População	n Amostra
100	80	600	234	1500	306
200	132	700	248	3000	341
300	169	800	260	5000	357
400	196	900	269	10000	370
500	217	1000	278	100000	384

Fonte: *Determining sample size for research activities* (p. 608), Krejcie, R.V. & Morgan, D.W. (1970), *Educational and Psychological Measurement*, 30,607-610.

A representatividade da nossa amostra é cumprida, na medida em que ela é constituída por 375 indivíduos para uma população de 7649 indivíduos.

3.2.5 – Instrumento de recolha de dados

Segundo Ribeiro (1999, p.49) uma investigação “recorre sempre a qualquer técnica de recolha de dados”.

Qualquer instrumento de avaliação (teste, escala, grelha de entrevista, etc) pode definir-se, segundo Almeida e Freire (2003, p.122), “como um conjunto de itens, questões ou situações mais ou menos organizado e relacionado com um certo domínio a avaliar”.

Visando atingir os objectivos que nos propusemos, para a recolha de dados optamos por construir um questionário (Ver anexo I), cujo constructo tem por base a vasta bibliografia acerca da temática em questão, bem como os estudos de investigação efectuados no mesmo âmbito, onde destacamos fundamentalmente: Palmore (1988,1998); Fernández-Ballesteros et al. (1992); Villar (1995); Magalhães (2003), Rodriguez e Postigo (2004).

O questionário por nós construído divide-se em três partes, caracterizando-se da seguinte forma:

- A primeira parte é constituída por questões que se destinam à recolha de dados que visam a caracterização da amostra (sexo; idade; curso e respectivo ano que frequenta – permite conhecer através dos seus planos de estudo, bem como através dos respectivos coordenadores quais os estudantes que já estagiaram ou não com utentes idosos; localidade de onde provém - meio rural ou meio urbano; se reside ou não com idosos no local de proveniência). De salientar que estas questões além de caracterizarem a nossa amostra constituem também as variáveis independentes do nosso estudo.

- A segunda parte do questionário visa recolher dados sobre os estereótipos acerca das pessoas idosas, para tal foi construída uma escala de formato tipo likert, com quatro

possibilidades de resposta (discordo bastante; discordo; concordo; concordo bastante) a atribuir a 40 itens, cumprindo-se assim um pressuposto recomendado por Ribeiro (1999) que nos salienta que idealmente uma escala deve ter pelo menos 20 itens. A construção dos itens foi baseada em estereótipos referenciados na vasta bibliografia (Rosa, 1987; Berger & Mailloux-Poireier, 1995; Belsky, 1999/2001; Fonseca, 2004, entre muitos outros), teve também por base o questionário elaborado por Erdman Palmore, denominado de “*Aging Quiz I*” (Palmore, 1988, 1998), o questionário “*estereótipos acerca da velhice*” elaborado por Izal e Montório (1991), e o questionário utilizado por Rodriguez e Postigo (2004), que introduziram mais 10 itens ao questionário anterior.

- A terceira parte visa obter a percepção gráfica que os estudantes possuem acerca do padrão de desenvolvimento humano de determinadas características (saúde física, saúde mental, força física, capacidade de movimento, capacidade auditiva, felicidade, prestígio social, produtividade, agilidade física, poder, recursos económicos, esperança, visão, inteligência, memória, sabedoria, beleza, experiência, dependência e solidão) que ocorrem nas pessoas a partir dos 50 anos. Para tal utilizou-se na sua base o modelo construído por Villar (1995), efectuando-se várias alterações, isto é, a escala gráfica em vez de ser dividida em quatro etapas, passou a ser dividida em cinco décadas a partir dos 50 anos, pois a percepção que pretendemos obter é relativamente a essa faixa etária. Foram mantidos a maior parte dos atributos (capacidade de movimento, força física, beleza, poder, produtividade, prestígio social = estatuto social, recursos económicos, felicidade, memória, inteligência, dependência, sabedoria), subdivididos alguns atributos (saúde em saúde física e mental), extintos outros (agudeza sensorial, ilusão) e acrescentados novos atributos (capacidade auditiva, agilidade física, visão, experiência, solidão, esperança). Nas instruções de preenchimento consta a chamada de atenção para o facto das duas últimas características (dependência e solidão) serem

de carácter negativo, significando que os valores máximos correspondem respectivamente ao máximo de dependência e solidão. As respostas gráficas relativas a estes dois últimos atributos representam as nossas questões de controlo do “automatismo de resposta”. Para o estudo matemático da percepção gráfica obtida, calcularemos o coeficiente de envelhecimento percebido tal como o fez Villar (1995).

Após definido e operacionalizado o constructo a avaliar, alcançado com o procedimento recomendado por Almeida e Freire (2003), isto é através do “contacto com outras escalas, o manuseio da bibliografia na área, o contacto com os especialistas nos domínios a avaliar, ...” (p. 113), bem como definido o número de itens que fazem parte do questionário para se poder cumprir um equilíbrio de validade (representatividade) e consistência, vamos proceder à sua análise qualitativa que pode ser efectuada através do método de “*reflexão falada*”.

Goldman (1971, citado por Almeida & Freire, 2003) apresenta-nos um método intitulado de “*reflexão falada*” como um método que permite a análise do conteúdo e a forma dos itens, quanto “a sua clareza, compreensibilidade e adequação aos objectivos da prova” (p. 130), sendo de extrema importância quando aplicado a indivíduos com características próximas à dos futuros destinatários da prova (neste caso, seriam alguns estudantes do ensino superior que estudam no distrito de Bragança). Assim, desta forma solicitámos previamente a cinco estudantes de distintos cursos que preenchessem individualmente o questionário, e à medida que o fizessem fossem relatando em voz alta as suas impressões relativamente a cada item, à forma como o abordam, às facilidades e dificuldades de compreensão e preenchimento. Relativamente ao questionário, houve dois alunos que nos comunicaram que não percebiam o que significava a palavra senil que surgia no item 18 da

segunda parte do questionário, razão que levou-nos a incluir a explicação da mesma nesse item. Houve um outro aluno que nos questionou relativamente à razão de não surgir uma resposta intermédia (tipo: nem discordo/nem concordo) nas opções da escala de likert da segunda parte do questionário (percepções acerca das pessoas idosas), ao que respondemos que esta ausência trata-se de uma opção metodológica, visando que os respondentes não escolham maioritariamente de forma automática a resposta intermédia, escolha esta conhecida pelo erro de tendência central (Almeida & Freire, 2001). Este procedimento de não inclusão de uma resposta intermédia foi utilizado por Rodriguez e Postigo (2004) num estudo em jovens universitários, acerca da percepção da velhice e do envelhecimento.

Para além do teste de reflexão falada aplicada aos alunos, o questionário por nós construído foi também apresentado ainda a mais duas especialistas da área, que apreciaram qualitativamente os itens. As especialistas não manifestaram qualquer dúvida e enalteceram o interesse do instrumento, atendendo aos objectivos que se pretendem alcançar com o mesmo.

3.2.6 – *Procedimentos*

Efectuadas as respectivas alterações relativamente às dúvidas que surgiram no teste de “*reflexão falada*”, solicitou-se aos presidentes das instituições do ensino superior que foram seleccionadas para a amostra, a respectiva autorização para a aplicação da nova versão do questionário. Após concedida esta autorização (Ver anexo II), procedemos ao agendamento dos dias e respectivas horas com os docentes coordenadores (ou substitutos) dos cursos previamente seleccionados, com a finalidade de planear com estes a ocupação de 20 minutos do tempo lectivo de aula para a aplicação dos questionários, apelando para

tal a colaboração dos vários docentes que leccionavam aos mesmos. Alguns professores demonstraram-se totalmente disponíveis para eles próprios aplicarem os questionários aos alunos, que acabou por acontecer por parte de alguns, isto após terem recebido previamente as explicações devidas relativamente aos objectivos do estudo, objectivos do instrumento e procedimentos instrutivos necessários para a sua aplicação. A aplicação dos questionários foi efectuada no período lectivo 2005/2006, mais precisamente entre Novembro de 2005 e Janeiro de 2006. Recolhidos os questionários, alguns foram rejeitados por preenchimento incorrecto, isto é, uns por faltarem itens por preencher, outros por haver mais que uma resposta em alguns itens e outros por responderem de forma automática às questões de controlo.

Tratamento Estatístico

Obtidos os questionários procedeu-se à construção da base de dados, utilizando-se para tal o programa informático SPSS 13.0. Foram introduzidos 375 questionários, sendo esta a amostra utilizada para tratamento estatístico.

Inicialmente, para a caracterização da amostra recorreremos à estatística descritiva, efectuando-se o cálculo de frequências absolutas (n) e relativas (%) e o cálculo de medidas de tendência central e medidas de dispersão aquando de variáveis quantitativas.

Para dar resposta ao primeiro objectivo de estudo recorreu-se à estatística descritiva para abordar as respostas obtidas na segunda parte do questionário e à estatística analítica para verificar a 1^a, 2^a, 3^a, 4^a e 5^a hipótese, sendo esta verificação efectuada da seguinte forma:

- para testar as hipóteses 1,3,4,5 recorreremos ao teste exacto de Fisher, visando

analisar a relação ou associação entre estas duas variáveis qualitativas dicotómicas (tabelas 2/2), utilizando como critério de significância $P \leq 0,05$, pois este teste não apresenta restrições aquando de tabelas de 2/2, tal como nos referem Pestana e Gagueiro (2000);

- para testar a hipótese 2, recorreremos ao coeficiente de correlação de Spearman (teste não paramétrico), dado que as respostas aos 40 itens apresentam uma distribuição assimétrica. Este teste consiste numa medida de associação que se utiliza para variáveis quantitativas e varia entre -1 e 1, em que quanto mais próximo dos extremos se encontrar maior é a associação (Petrie & Sabin, 2000/2001).

Visando a abordagem estatística do segundo objectivo deste estudo, para além de identificarmos através da estatística descritiva, a média do coeficiente de envelhecimento percebido para os distintos atributos que ocorrem a partir da quinta década de vida (definindo-se à partida dois grupos etários: 50-70/70-90) em função das variáveis independentes, verificámos também se existiam diferenças estatisticamente significativas entre os valores obtidos (hipótese 6). Inicialmente verificámos os pressupostos inerentes à aplicação dos testes de hipóteses, nesse sentido recorreremos ao teste de *Kolmogorov-Smirnov* para verificarmos a normalidade das variáveis. Quando o nível de significância é inferior a 0,05 (5%) rejeitamos a hipótese de distribuição das variáveis ser normal (Pestana & Gageiro, 2000). Dado que as variáveis em estudo não seguem uma distribuição normal, aplicamos o teste não paramétrico *Mann-Whitney U* aquando das variáveis sexo, estagiar ou não com utentes idosos, local de proveniência, residir ou não com idosos. Este teste permite-nos comparar o centro de localização das duas amostras visando detectar diferenças entre os dois grupos (Pestana & Gagueiro, 2000). Para explorarmos a relação em função da variável independente idade, aplicou-se o coeficiente de correlação de

Spearman, uma vez que as variáveis também não seguem uma distribuição normal.

A abordagem estatística do terceiro objectivo implica a verificação da hipótese 7. Inicialmente de forma a podermos caracterizar a estrutura dos estereótipos (40 itens da segunda parte do questionário), recorreremos a uma análise factorial exploratória (análise factorial de componentes principais). Nas distintas factorizações (com rotação varimax), eliminaram-se os itens com baixa saturação factorial ($<0,40$). Para cada factor extraído, calculou-se o alfa de Cronbach, com a finalidade de se analisar a consistência interna. Encontrados os factores, identificadas as dimensões, cada uma destas foram posteriormente relacionadas com os coeficientes de envelhecimento percebido dos 20 atributos, recorrendo-se para tal a uma análise de regressão múltipla pelo método Stepwise, na medida que esta técnica permite verificar quais os atributos que estão relacionados com cada factor e identificar o sentido em que se dá essa relação. Segundo Poeschl (2006) o método Stepwise (selecção passo a passo) efectua-se através da introdução, uma a uma, iterativamente, de variáveis independentes com contribuição mais elevada para o modelo, avaliando-se em cada passo o modelo, de forma a incluir ou retirar a variável já incluída.

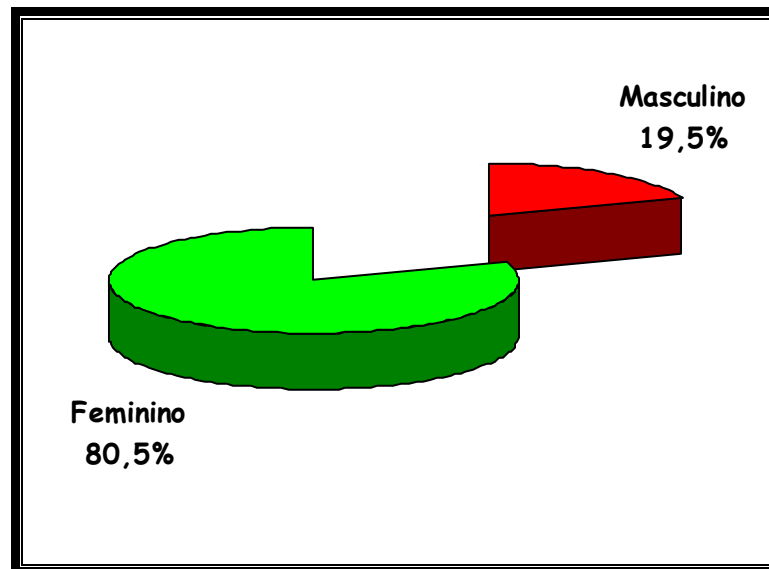
3.3 – Apresentação e Análise dos dados

Caracterização da Amostra

Relativamente à amostra obtida, podemos verificar através do gráfico 1 que ela é maioritariamente feminina, pois é constituída por 302 indivíduos do sexo feminino (perfazendo 80,5% da amostra) e 73 do sexo masculino (perfazendo 19,5% da amostra),

predomínio que se verificava também relativamente à população.

Gráfico 1 – Distribuição da amostra por sexo



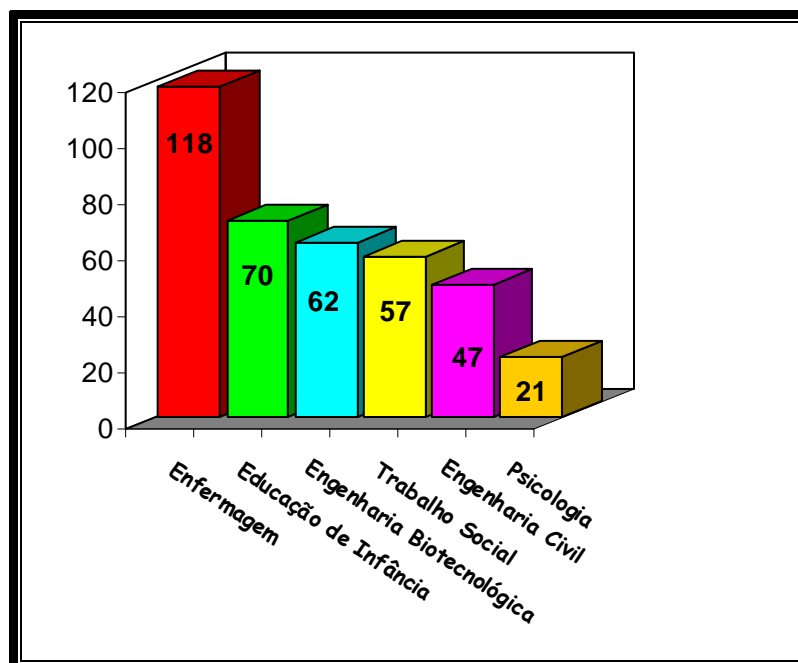
Na amostra obtida, quanto à idade dos indivíduos, tal como é apresentado na tabela 4, a idade mínima é de 17 anos, a máxima de 45 anos, verificando-se uma amplitude de 28 anos e uma média de idade ligeiramente superior a 21 anos (21,31). O desvio padrão situa-se perto dos 3 anos (2,994). De salientar que a nossa amostra é manifestamente jovem, pois 346 indivíduos possuem menos de 25 anos (correspondendo a cerca de 92,27% do total).

Tabela 4 – Caracterização da idade da amostra

	N	Mínimo	Máximo	Amplitude	Média	Desvio Padrão
Idade do aluno	375	17	45	28	21,31	2,994

Quanto ao curso, verifica-se relativamente à nossa amostra, por ordem decrescente: 118 são estudantes de Enfermagem, 70 são estudantes de Educação de Infância, 62 são estudantes de Engenharia Biotecnológica, 57 são estudantes de Trabalho Social, 47 são estudantes de Engenharia Civil e 21 são estudantes de Psicologia.

Gráfico 2 – Distribuição da amostra segundo o curso que frequenta



Quanto à média de idades por curso, relativamente à nossa amostra, verificamos pela tabela seguinte que o Curso de Licenciatura em Psicologia é o que apresenta a maior média de idades (24 anos). Quanto à maior amplitude entre idades por curso, ela verifica-se no Curso de Licenciatura em Trabalho Social (28 anos).

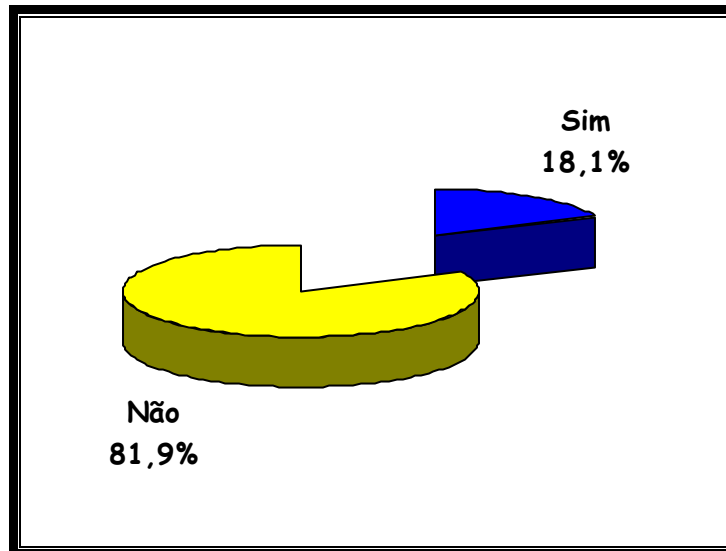
Tabela 5 – Distribuição da média de idades por curso

Curso que frequenta	N	Mínimo	Máximo	Amplitude	Média	Desvio Padrão
Enfermagem	118	17	26	9	19,75	1,372
Educação de Infância	70	18	29	11	21,27	2,078
Engenharia Biotecnológica	62	17	27	10	21,95	1,885
Trabalho Social	57	17	45	28	21,28	3,853
Engenharia Civil	47	19	32	13	23,32	2,783
Psicologia	21	19	45	26	24,00	6,221

Tendo por base os distintos cursos da nossa amostra, consultou-se os seus planos de estudo e respectivos coordenadores (ou substitutos), com o intuito de identificar quais os cursos que contemplam estágios com utentes idosos. Aquando do período de recolha de dados, na

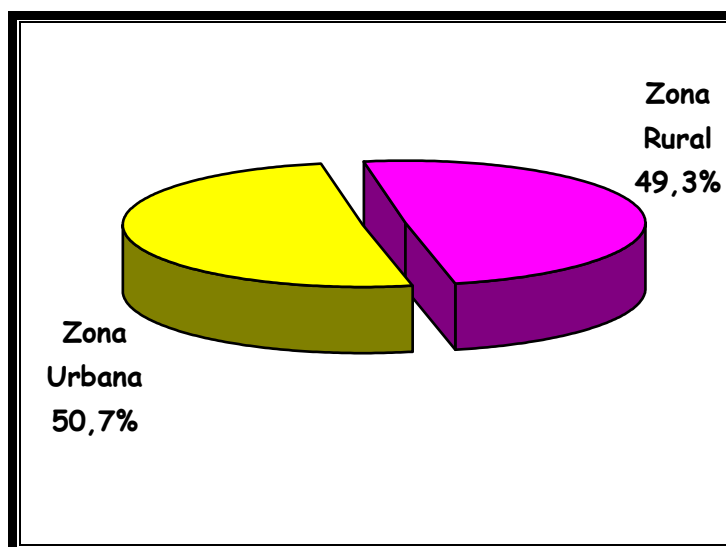
nossa amostra apenas os estudantes do 2º, 3º e 4º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem é que tinham efectuado estágio com utentes idosos, traduzindo a sua totalidade 18,1% da amostra (68 indivíduos), tal como se pode observar no gráfico 3.

Gráfico 3 – Distribuição da amostra em função de ter ou não estagiado com utentes idosos



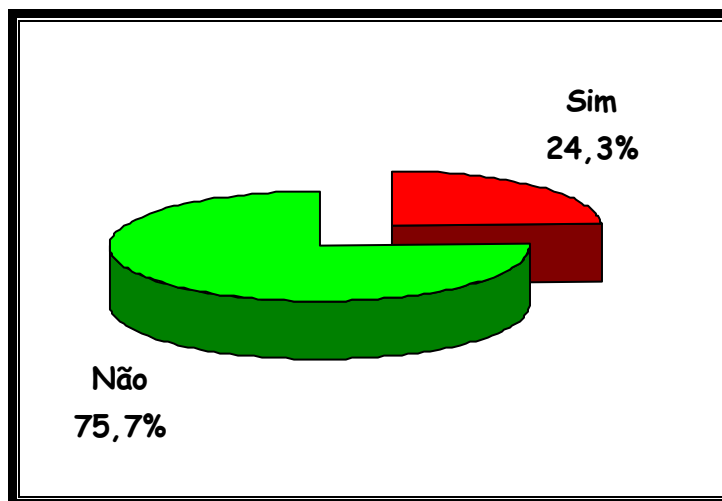
Como se pode verificar no gráfico 4, existe um equilíbrio quanto ao local de proveniência dos alunos, pois 50,7% da amostra provém da zona urbana e 49,3% da zona rural.

Gráfico 4 – Distribuição da amostra segundo a proveniência



A maior parte da nossa amostra (284 estudantes – 75,7%) não vive com qualquer idoso no seu local de proveniência, como se pode verificar no gráfico 5.

Gráfico 5 – Distribuição da amostra em função de residir ou não com idosos



Como se pode observar na tabela 6, dos 91 estudantes que vivem com idosos no seu local de proveniência, 70 estudantes contêm apenas uma pessoa idosa no seu agregado familiar, 18 estudantes contêm duas pessoas idosas e somente 3 estudantes contêm três idosos.

Tabela 6 – Distribuição dos estudantes em função do n.º de idosos com quem residem

Residem com uma pessoa idosa no agregado familiar	Residem com duas pessoas idosas no agregado familiar	Residem com três pessoas idosas no agregado familiar	N.º total de estudantes que residem com idosos
70	18	3	91

Fiabilidade do instrumento

A consistência interna diz respeito à homogeneidade dos enunciados de um instrumento de medida, sendo avaliado através das correlações, significando que quanto mais correlacionados maior é a consistência interna (Fortin, 1996/1999, p. 226). Para Ribeiro (1999) a fiabilidade pode ser identificada através de distintos testes (teste-reteste, duas

metades, alfa de Cronbach, entre outros). O alfa de Cronbach constitui a técnica mais utilizada para a avaliação da consistência interna, sendo calculada com base na média das intercorrelações entre todos os itens do teste, que segundo o autor, uma boa consistência deve exceder um alfa de Cronbach de 0,80, no entanto são aceitáveis acima de 0,60. Quanto à fiabilidade do nosso instrumento de recolha de dados, a segunda parte do questionário relativa aos estereótipos acerca das pessoas idosas possui uma boa consistência interna, na medida que apresenta um alfa de Cronbach de 0,823. Quanto à terceira parte do questionário, esta possui uma excelente consistência interna, na medida que apresenta um alfa de Cronbach de 0,965.

1º Objectivo – Análise descritiva e exploratória dos estereótipos

Estereótipos que os estudantes compartilham

Tendo por base os resultados obtidos relativamente à segunda parte da escala constituída pelos 40 itens, tal como se pode observar na tabela 7, constata-se que a maioria da amostra concordou com os itens de orientação positiva. A percepção de que ser-se idoso significa maior experiência de vida foi a que mereceu a maior percentagem de concordância em termos de amostra (97,9%, média do item = 3,62), seguida respectivamente pela percepção de que as pessoas idosas podem ser muito úteis à sociedade (compartilhado por 96% dos estudantes) e pela percepção das pessoas idosas como poços de sabedoria (compartilhado por 95,5% dos estudantes). Segue-se a percepção dos idosos como pessoas que podem ser bons cuidadores de crianças, compartilhado por 90,9% da amostra. Por ordem decrescente de percentagem de concordância da amostra segue-se uma percepção de orientação negativa, em que 89,3% dos estudantes percebem a velhice como uma etapa que requer maior preocupação. Segue-se uma percepção acerca das pessoas idosas de orientação

positiva (percepção dos idosos como pessoas carinhosas, compartilhado por 88,3%). Das seis primeiras percepções com maior percentagem de concordância da amostra, cinco são de orientação positiva. Seguem-se por ordem decrescente de concordância da amostra, oito percepções de orientação negativa pertencentes a distintas dimensões.

Tabela 7 – Estereótipos que os estudantes compartilham

Item	% Concordância
Idoso significa maior experiência de vida	97,9%
As pessoas idosas podem ser muito úteis à sociedade	96,0%
As pessoas idosas são poços de sabedoria	95,5%
Os idosos podem ser bons cuidadores de crianças	90,9%
Velhice representa uma etapa que requer maior preocupação	89,3%
A maior parte das pessoas idosas são carinhosas	88,3%
Ser-se idoso significa necessidade de maior atenção	88,0%
As pessoas idosas sofrem mais de solidão que os jovens	85,9%
Quando penso nas alterações físicas naturais inerentes à etapa da velhice penso em cabelos brancos	78,9%
Regra geral a velhice constitui a etapa de maior dependência	59,7%
Quando vejo rugas da pele lembra-me a velhice	58,1%
As pessoas idosas temem as novas tecnologias	57,9%
O grupo das pessoas idosas tende a assemelhar-se fisicamente	53,9%
O grupo das pessoas idosas tende a assemelhar-se em comportamentos	53,1%

Estereótipos que os estudantes não compartilham

Constata-se pela tabela 9 apresentada em seguida, que a maioria da amostra discorda em 27 estereótipos de orientação negativa. A maior percentagem de discordância em termos de amostra foi obtida relativamente ao item n.º 1 e ao n.º 38, pois 97,6% da amostra discorda com a percepção das pessoas idosas como pessoas doentes, como pessoas feias. Ainda acima dos 90% da amostra que discorda com os estereótipos, encontram-se: 97,3% da amostra discorda que com o envelhecimento as pessoas idosas se tornam menos inteligentes; 96,8% da amostra discorda que os idosos são incapazes de aprender algo de novo; 95,7% da amostra discorda que evitava utilizar a imagem do idoso em campanhas de marketing se fossem técnicos de marketing; 94,7% da amostra discorda que as pessoas

idosas são improdutivas; 93,6% da amostra discorda que a velhice representa não ter nada para fazer; 93,1% da amostra discorda que as pessoas idosas são incapazes de pensar com clareza; 90,1% da amostra discorda que a velhice é sinónimo de decadência social. Seguem-se 17 estereótipos de orientação negativa que abarcam distintas dimensões e que mereceram também uma discordância pela maior parte da amostra de estudantes.

Tabela 8 – Estereótipos que os estudantes não compartilham

Item	% Discordância
Regra geral, ser-se idoso significa ser-se doente	97,6%
Regra geral as pessoas idosas são feias	97,6%
As pessoas, à medida que envelhecem tornam-se menos inteligentes	97,3%
Os idosos são incapazes de aprenderem coisas novas	96,8%
Se eu fosse técnico de marketing, nas campanhas publicitárias evitava a utilização da imagem do idoso	95,7%
As pessoas idosas são improdutivas	94,7%
Velhice representa não ter nada para fazer	93,6%
As pessoas idosas são incapazes de pensar com clareza	93,1%
Velhice é sinónimo de decadência social	90,1%
Velhice é sinónimo de decadência psíquica	89,6%
A maioria das pessoas idosas está senil	88,3%
As pessoas idosas geralmente são pessoas tristes	86,9%
As pessoas idosas são incapazes de mudar e adaptar-se a novas situações	86,4%
Os idosos não têm capacidade para manter uma ereção	85,3%
Pensar na velhice, significa pensar na morte	84,3%
As pessoas idosas têm pouco ou nenhum desejo sexual	79,7%
A depressão é característica comum das pessoas idosas	77,3%
Tornar-se idoso significa perder a capacidade de memória	74,9%
A maior parte dos idosos não aceita a opinião dos outros	73,3%
Pensar em velhice significa pensar em abandono social	72,8%
Quando penso na fisionomia da pessoa idosa recorda-me alguém com óculos, bengala	71,2%
As pessoas idosas não devem desempenhar tarefas que exigem maior destreza manual	66,9%
Velhice é sinónimo de decadência física	66,9%
As pessoas idosas devem evitar manipular máquinas	60,8%
Entrar na etapa da velhice significa retornar à infância	59,7%
A maioria das pessoas idosas é analfabeta	58,4%

Identificação dos perfis da amostra

Visando identificar os grupos ou segmentos de sujeitos que apresentam determinadas

particularidades em relação à forma como se posicionam face à percepção dos 40 itens colocados na segunda parte do questionário, efectuou-se uma análise de clusters utilizando como variáveis estes 40 itens. Utilizou-se um método hierárquico, considerando como medida de distância entre sujeitos o quadrado da distância euclideana e como método de aglomeração o método de Ward. Obteve-se um dendograma que sugere a existência de 3 grupos (clusters) de sujeitos que apresentarão diferentes perfis de resposta para os 40 estereótipos analisados. O perfil 1 representa o grupo de estudantes (156) cujas respostas apresentam maioritariamente as médias mais baixas (significando que a maior parte desses estudantes discorda com os itens apresentados), um perfil 2 cujas respostas dos estudantes (63 estudantes) apresentam maioritariamente as médias mais elevadas, sendo a maioria das suas respostas de concordância acerca da percepção dos distintos estereótipos, e um perfil 3 cujas respostas dos sujeitos (156 estudantes) apresentam-se maioritariamente entre o perfil 1 e o perfil 2. De modo a detectar as diferenças entre os 3 grupos em cada estereótipo e identificar os respectivos perfis, utilizou-se uma análise de variância simples (One-Way ANOVA), em que o factor consistiu no cluster a que pertencia cada sujeito e a variável quantitativa era o respectivo estereótipo. Tendo em atenção que a ANOVA detecta diferenças entre os clusters, utilizou-se o teste de Scheffe para efectuar comparações múltiplas entre os clusters de modo a detectar as principais diferenças entre cada grupo em cada estereótipo. Construíram-se ainda gráficos de barra de erros para visualizar graficamente os perfis dos clusters em cada estereótipo e confirmar as diferenças detectadas pelo teste de Scheffe. Seguidamente, na tabela 10 apresentam-se as médias de cada estereótipo por cluster, bem como os respectivos resultados obtidos com a ANOVA. Estes indicam que as diferenças entre o cluster a que pertence cada sujeito é significativa a 1% em 35 dos estereótipos analisados e significativa a 5% em 37 deles.

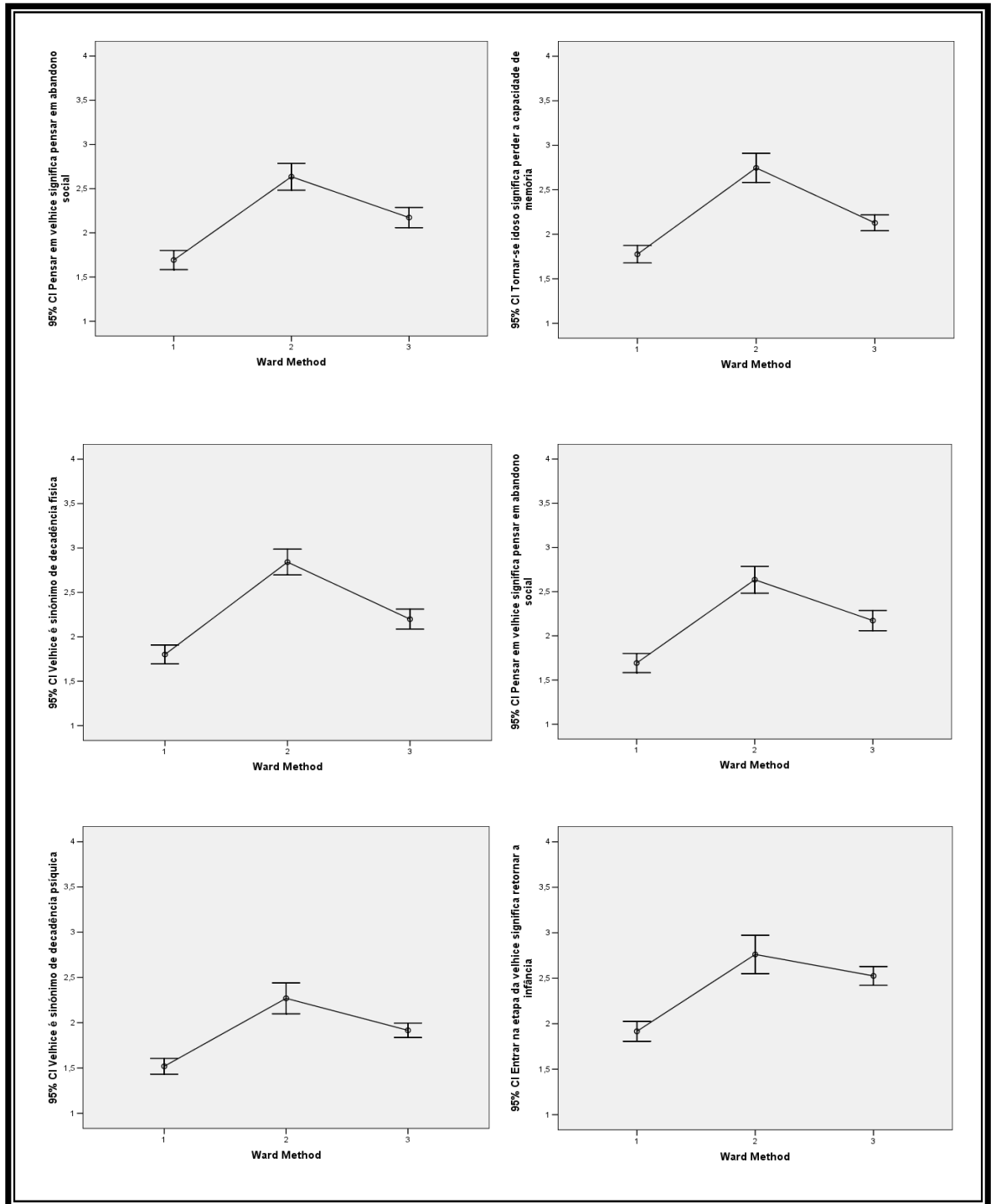
Tabela 9 – Perfis de Médias de cada estereótipo por cluster e Análise de Variância entre clusters

Item (Estereótipos)	Perfis (Médias)			ANOVA	
	1	2	3	F	Sig.
1 – Regra geral, ser-se idoso significa ser-se doente	1,24	1,41	1,37	3,681	0,026**
2 – As pessoas idosas são incapazes de mudar e adaptar-se a novas situações	1,72	2,30	1,92	20,906	0,000*
3 – As pessoas idosas têm pouco ou nenhum desejo sexual	1,93	2,40	2,08	14,610	0,000*
4 – As pessoas idosas sofrem mais de solidão que os jovens	2,96	3,46	3,12	13,485	0,000*
5 – As pessoas idosas são poços de sabedoria	3,29	3,32	3,38	0,810	0,446
6 – As pessoas idosas são pessoas tristes	1,69	2,22	2,03	24,379	0,000*
7 – As pessoas idosas são improdutivas	1,45	2,06	1,83	35,355	0,000*
8 – A maior parte das pessoas idosas são carinhosas	3,14	2,78	3,22	10,828	0,000*
9 – O grupo das pessoas idosas tende a assemelhar-se fisicamente	2,29	2,70	2,67	16,820	0,000*
10 – Regra geral a velhice constitui a etapa de maior dependência	2,38	2,97	2,72	20,142	0,000*
11 – Os idosos são incapazes de aprenderem coisas novas	1,35	1,89	1,66	26,553	0,000*
12 – Pensar na velhice significa pensar na morte	1,44	2,24	1,83	33,404	0,000*
13 – Velhice é sinónimo de decadência física	1,80	2,84	2,20	54,039	0,000*
14 – As pessoas idosas são incapazes de pensar com clareza	1,58	2,13	1,89	27,144	0,000*
15 – As pessoas idosas podem ser muito úteis à sociedade	3,46	3,10	3,33	8,498	0,000*
16 – A depressão é característica comum das pessoas idosas	1,77	2,33	2,12	18,127	0,000*
17 – As pessoas idosas temem as novas tecnologias	2,41	2,92	2,71	15,833	0,000*
18 – A maioria das pessoas idosas está senil	1,56	2,25	1,92	35,409	0,000*
19 – Quando vejo rugas da pele lembra-me a velhice	2,46	2,83	2,48	5,739	0,004*
20 – O grupo das pessoas idosas tende a assemelhar-se em comportamentos	2,28	2,87	2,57	23,309	0,000*
21 – Velhice é sinónimo de decadência psíquica	1,52	2,27	1,92	45,641	0,000*
22 – Entrar na etapa da velhice significa retornar à infância	1,92	2,76	2,53	44,675	0,000*
23 – Pensar em velhice significa pensar em abandono social	1,69	2,63	2,17	46,327	0,000*
24 – Velhice representa não ter nada para fazer	1,34	1,97	1,78	37,906	0,000*
25 – Velhice é sinónimo de decadência social	1,38	2,30	1,85	66,044	0,000*
26 – Ser-se idoso significa necessidade de maior atenção	2,90	3,37	3,17	16,393	0,000*
27 – Velhice representa uma etapa que requer maior preocupação	2,94	3,33	3,12	11,656	0,000*
28 – Tornar-se idoso significa perder a capacidade de memória	1,78	2,75	2,13	59,110	0,000*
29 – Os idosos podem ser bons cuidadores de crianças	3,29	3,05	3,23	3,385	0,035**
30 – Se eu fosse técnico de marketing, nas campanhas publicitárias evitava a utilização da imagem do idoso	1,29	1,57	1,47	6,018	0,003*
31 – Idoso significa maior experiência de vida	3,59	3,65	3,64	0,450	0,638
32 – Os idosos não têm capacidade para manter uma ereção	1,99	2,27	2,09	7,742	0,001*
33 – Quando penso na fisionomia da pessoa idosa recorda-me alguém com óculos, bengala	1,86	2,56	2,24	31,856	0,000*
34 – As pessoas idosas não devem desempenhar tarefas que exigem maior destreza manual	2,02	2,71	2,02	25,298	0,000*
35 – As pessoas idosas devem evitar manipular máquinas	2,17	2,89	2,40	29,352	0,000*
36 – As pessoas, à medida que envelhecem tornam-se menos inteligentes	1,42	1,89	1,65	19,776	0,000*
37 – Quando penso nas alterações físicas naturais inerentes à etapa da velhice penso em cabelos brancos	2,76	3,17	2,86	9,004	0,000*
38 – Regra geral as pessoas idosas são feias	1,24	1,60	1,44	12,401	0,000*
39 – A maior parte dos idosos não aceita a opinião dos outros	1,78	2,60	2,17	35,495	0,000*
40 – A maioria das pessoas idosas é analfabeta	2,20	2,35	2,37	2,115	0,122

* Sig. <0,01% ** Sig. < 0,05%

Com base no valor do teste F da Anova, em seguida são apresentados na figura 7 alguns exemplos onde são bem visíveis as disposições gráficas que caracterizam os três perfis obtidos.

Figura 7 – Perfis dos clusters de alguns esteréotipos apresentados em gráficos de barra de erros



Verificação das hipóteses 1,2,3,4 e 5

Em seguida apresentaremos os resultados obtidos através da estatística analítica utilizada para explicar as hipóteses 1,2,3,4 e 5 por nós formuladas.

Hipótese 1

Com a hipótese 1 pretendíamos conhecer se existiam diferenças estatisticamente significativas entre o sexo e a existência de estereótipos acerca das pessoas idosas. Tendo por base os resultados obtidos através do teste de hipótese aplicado, encontramos significância (existência de relação) entre as variáveis “sexo” e a percepção referente ao item 02, 19, 32 e 34.

Na tabela 10 verificamos que ambos os sexos discordam de que as pessoas idosas são incapazes de mudar e adaptar-se a novas situações, contudo tendo por base a percentagem de discordância de ambos, esta é maior no sexo feminino. A existência de relação entre as duas variáveis é confirmada pelo teste exacto de Fisher ($p=0,004$).

Tabela 10 – Distribuição da amostra para o item “As pessoas idosas são incapazes de mudar e adaptar-se a novas situações” segundo o sexo

Item 2 →		As pessoas idosas são incapazes de mudar e adaptar-se a novas situações				Total		Significância Teste Exacto de Fisher
		Discordo		Concordo				
Variável Independente		N	%	N	%	N	%	$p = \underline{0,004}$
Sexo do Aluno	Masculino	55	75,3%	18	24,7%	73	100%	
	Feminino	269	89,1%	33	10,9%	302	100%	
	Total	324	86,4%	51	13,6%	375	100%	

Na tabela 11 constatamos que o sexo feminino concorda em maioria de que “As rugas da pele lembram a velhice” (60,9% da amostra feminina), enquanto que o sexo masculino

discorda em maioria (53,4% da amostra masculina) com tal percepção. O teste exacto de Fisher é estatisticamente significativo (revelando relação) para a variável sexo e a percepção em causa, na medida em que $p < 0,05$.

Tabela 11 – Distribuição da amostra para o item “Quando vejo rugas da pele lembra-me a velhice” segundo o sexo

Item 19 →		Quando vejo rugas da pele lembra-me a velhice				Total		Significância Teste Exacto de Fisher
		Discordo		Concordo				
Variável Independente		N	%	N	%	N	%	$p = \underline{0,034}$
Sexo do Aluno	Masculino	39	53,4%	34	46,6%	73	100%	
	Feminino	118	39,1%	184	60,9%	302	100%	
	Total	157	41,9%	218	58,1%	375	100%	

Quanto à percepção do estereótipo “Os idosos não têm capacidade para manter uma erecção”, verificamos pela tabela 12 que ambos os sexos discordam com este estereótipo de orientação negativa, no entanto é de referir que esta discordância é em termos percentuais mais elevada na amostra feminina (87,4%), sendo a relação entre estas duas variáveis constatada pelo teste exacto de Fisher ($p=0,027$).

Tabela 12 – Distribuição da amostra para o item “Os idosos não têm capacidade para manter uma erecção” segundo o sexo

Item 32 →		Os idosos não têm capacidade para manter uma erecção				Total		Significância Teste Exacto de Fisher
		Discordo		Concordo				
Variável Independente		N	%	N	%	N	%	$p = \underline{0,027}$
Sexo do Aluno	Masculino	56	76,7%	17	23,3%	73	100%	
	Feminino	264	87,4%	38	12,6%	302	100%	
	Total	320	85,3%	55	14,7%	375	100%	

Verificamos na tabela 13 que quer o sexo feminino quer o sexo masculino, discordam que

“As pessoas idosas não devem desempenhar tarefas que exigem maior destreza manual”, sendo ainda de referir que em termos percentuais, a discordância é maior na amostra feminina (70,2%), dado que na amostra masculina apenas 53,4% discorda com esta percepção. O teste exacto de Fisher confirma a existência de relação ($p=0,008$) entre estas duas variáveis.

Tabela 13 – Distribuição da amostra para o item “As pessoas idosas não devem desempenhar tarefas que exigem maior destreza manual” segundo o sexo

Item 34 →		As pessoas idosas não devem desempenhar tarefas que exigem maior destreza manual				Total		Significância Teste Exacto de Fisher
		Discordo		Concordo				
Variável Independente		N	%	N	%	N	%	$p = \underline{0,008}$
Sexo do Aluno	Masculino	39	53,4%	34	46,6%	73	100%	
	Feminino	212	70,2%	90	29,8%	302	100%	
	Total	251	66,9%	124	33,1%	375	100%	

Hipótese 2

Com a hipótese 2 pretendíamos conhecer a existência de relação entre a idade e a concordância com os estereótipos acerca das pessoas idosas, para tal aplicou-se o teste de Spearman, verificando-se a existência de relação (fraca, mas existente) entre a idade e cinco itens ($p<0,05$), tal como se pode observar na tabela 14. Esta relação traduz que quanto mais elevada é a idade do estudante, há uma tendência (pequena, mas existente) para a concordância (ou seu reforço) com a percepção de que:

- “As pessoas idosas sofrem mais de solidão que os jovens”;
- “As pessoas idosas são poços de sabedoria”;
- “Entrar na etapa da velhice significa retornar à infância”;
- “As pessoas idosas devem evitar manipular máquinas”.

Traduz ainda que quanto maior é a idade do estudante, há uma tendência (pequena, mas existente) para a discordância com a percepção de que “Se eu fosse técnico de marketing, nas campanhas publicitárias evitava a utilização da imagem do idoso”.

Tabela 14 – Relação entre a idade e os estereótipos

Item	Estereótipo	Correlação de Spearman (r_s)	Significância
04	- As pessoas idosas sofrem mais de solidão que os jovens	0,106*	$p = 0,040$
05	- As pessoas idosas são poços de sabedoria	0,106*	$p = 0,040$
22	- Entrar na etapa da velhice significa retornar à infância	0,178*	$p = 0,001$
30	- Se eu fosse técnico de marketing, nas campanhas publicitárias evitava a utilização da imagem do idoso	- 0,145*	$p = 0,005$
35	- As pessoas idosas devem evitar manipular máquinas	0,104*	$p = 0,044$

* $p < 0,05$

Hipótese 3

Com a hipótese 3 pretendíamos conhecer se existiam diferenças significativas entre os estudantes que estagiaram ou não com utentes idosos e a existência de estereótipos acerca das pessoas idosas. Tal como na hipótese 1, para verificar tal significância (existência de relação) aplicamos o teste exacto de Fisher. Constatamos a existência de significância entre as variáveis “estagiou ou não com utentes idosos” e a percepção referente ao item 03, 22 e 26, tal como podemos observar nas tabelas que se seguem.

Na tabela 15 constatamos que apesar de ambos os grupos discordarem em maioria acerca de que “As pessoas idosas têm pouco ou nenhum desejo sexual”, a percentagem de discordância é superior nos estudantes que efectuaram estágio com utentes idosos. A aplicação do teste exacto de Fisher confirmou a existência de diferenças significativas nas proporções entre os grupos ($p=0,029$).

Tabela 15 – Distribuição da amostra para o item “As pessoas idosas têm pouco ou nenhum desejo sexual” em função de ter efectuado ou não estágio com idosos

Item 03 →		As pessoas idosas têm pouco ou nenhum desejo sexual				Total		Significância Teste Exacto de Fisher
		Discordo		Concordo				
Variável Independente		N	%	N	%	N	%	<i>p</i> = 0,029
Estagiou com utentes idosos	Não	238	77,5%	69	22,5%	307	100%	
	Sim	61	89,7%	7	10,3%	68	100%	
	Total	299	79,7%	76	20,3%	375	100%	

Constatamos pela tabela 16 que quer o grupo dos estudantes que efectuaram estágio com utentes idosos, quer o grupo dos estudantes que não efectuaram qualquer estágio, discordam com o item de que “Entrar na etapa da velhice significa retornar à infância”, contudo tendo por base a percentagem de discordância de ambos, esta é maior no grupo dos estudantes que estagiaram com utentes idosos. A existência de relação entre as duas variáveis é revelada pelo teste exacto de Fisher ($p=0,002$).

Tabela 16 – Distribuição da amostra para o item “Entrar na etapa da velhice significa retornar à infância” em função de ter efectuado ou não estágio com idosos

Item 22 →		Entrar na etapa da velhice significa retornar à infância				Total		Significância Teste Exacto de Fisher
		Discordo		Concordo				
Variável Independente		N	%	N	%	N	%	<i>p</i> = 0,002
Estagiou com utentes idosos	Não	172	56,0%	135	44,0%	307	100%	
	Sim	52	76,5%	16	23,5%	68	100%	
	Total	224	59,7%	151	40,3%	375	100%	

Quanto à percepção do estereótipo “Ser-se idoso significa necessidade de maior atenção”, verificamos pela tabela 17 que ambos os grupos de estudantes (os que efectuaram e os que não efectuaram estágio com utentes idosos) concordam com este, no entanto é de referir que esta concordância é maior em termos percentuais no grupo dos estudantes que já efectuaram estágio com idosos (95,6%), sendo a relação entre estas duas variáveis

constatada pelo teste exacto de Fisher ($p=0,038$).

Tabela 17 – Distribuição da amostra para o item “Ser-se idoso significa necessidade de maior atenção” em função de ter efectuado ou não estágio com utentes idosos

Item 26 →		Ser-se idoso significa necessidade de maior atenção				Total		Significância Teste Exacto de Fisher
		Discordo		Concordo				
Variável Independente		N	%	N	%	N	%	$p = \underline{0,038}$
Estagiou com utentes idosos	Não	42	13,7%	265	86,3%	307	100%	
	Sim	3	4,4%	65	95,6%	68	100%	
	Total	45	12,0%	330	80,0%	375	100%	

Hipótese 4

Com a hipótese 4 pretendíamos conhecer se existiam diferenças significativas entre o local de proveniência e a existência de estereótipos acerca das pessoas idosas. Para tal aplicou-se também o teste exacto de Fisher. Apenas encontramos significância (relação) entre o “local de proveniência” e a percepção do item 40 que nos diz que “A maioria das pessoas idosas é analfabeta”, pois o teste exacto de Fisher apresentava um $p=0,007$. Quanto a estas duas variáveis, pela tabela 18 verificamos que quer os estudantes que provêm da zona urbana, quer os que provêm da zona rural, discordam em maior percentagem com este item, contudo de referir que a percentagem de discordância é maior nos estudantes que provêm da zona Urbana.

Tabela 18 – Distribuição da amostra para o item “A maioria das pessoas idosas é analfabeta” em função do local de proveniência

Item 40 →		A maioria das pessoas idosas é analfabeta				Total		Significância Teste Exacto de Fisher
		Discordo		Concordo				
Independente		N	%	N	%	N	%	$p = \underline{0,007}$
Local de Proveniência	Rural	95	51,4%	90	48,6%	185	100%	
	Urbana	124	65,3%	66	34,7%	190	100%	
	Total	219	58,4%	156	41,6%	375	100%	

Hipótese 5

Com a hipótese 5 pretendíamos identificar se existiam diferenças significativas entre o residir ou não com idosos no local de proveniência e a existência de estereótipos acerca das pessoas idosas. Para tal, aplicou-se também o teste exacto de Fisher. Verificamos a existência de significância entre o “residir ou não com idosos” e a percepção dos itens 03,07,10,13,18,22,26,27,29 e 38, como podemos constatar pelas tabelas que se seguem.

Podemos verificar pela tabela 19 que a percepção do item “As pessoas idosas têm pouco ou nenhum desejo sexual” mereceu discordância quer pelo grupo da amostra de estudantes que residem com idosos no seu local de proveniência, quer pelo grupo dos que não residem com idosos, no entanto de referir que a percentagem de discordância é maior no grupo dos estudantes que não residem com idosos (82,4%). O teste exacto de Fisher ($p=0,035$) confirma a relação entre estas variáveis.

Tabela 19 – Distribuição da amostra para o item “As pessoas idosas têm pouco ou nenhum desejo sexual” em função de residir ou não com idosos

Item 03 →		As pessoas idosas têm pouco ou nenhum desejo sexual				Total		Significância Teste Exacto de Fisher
		Discordo		Concordo				
Variável Independente		N	%	N	%	N	%	$p = 0,035$
Reside com Idosos	Sim	65	71,4%	26	28,6%	91	100%	
	Não	234	82,4%	50	17,6%	284	100%	
	Total	299	79,7%	76	20,3	375	100%	

Quanto à percepção de que “As pessoas idosas são improdutivas”, esta mereceu discordância quer por parte do grupo dos estudantes que residem com idosos, quer por parte dos que não residem, sendo esta discordância maior em termos de percentagem no grupo dos estudantes que não residem com idosos. A aplicação do teste exacto de Fisher

confirmou a existência de diferenças significativas nas proporções entre os grupos ($p=0,034$), tal como podemos constatar pela tabela 20.

Tabela 20 – Distribuição da amostra para o item “As pessoas idosas são improdutivas” em função de residir ou não com idosos

Item 07 →		As pessoas idosas são improdutivas				Total		Significância Teste Exacto de Fisher
		Discordo		Concordo				
Variável Independente		N	%	N	%	N	%	$p = \underline{0,034}$
Reside com Idosos	Sim	82	90,1%	9	9,9%	91	100%	
	Não	273	96,1%	11	3,9%	284	100%	
	Total	355	94,7%	20	5,3%	375	100%	

Na tabela 21 constatamos que ambos os grupos de estudantes concordam acerca de que “Regra geral a velhice constitui a etapa de maior dependência”, no entanto a concordância é mais elevada no grupo de estudantes que residem com idosos. A aplicação do teste exacto de Fisher confirmou a existência de diferenças estatisticamente significativas nas proporções entre os grupos ($p=0,037$).

Tabela 21 – Distribuição da amostra para o item “Regra geral a velhice constitui a etapa de maior dependência” em função de residir ou não com idosos

Item 10 →		Regra geral a velhice constitui a etapa de maior dependência				Total		Significância Teste Exacto de Fisher
		Discordo		Concordo				
Variável Independente		N	%	N	%	N	%	$p = \underline{0,037}$
Reside com Idosos	Sim	28	30,8%	63	69,2%	91	100%	
	Não	123	43,3%	161	56,7%	284	100%	
	Total	151	40,3%	224	59,7%	375	100%	

Na tabela 22 podemos verificar que a maior parte do grupo dos estudantes que não residem com idosos no seu local de proveniência discorda (70,8%) com o item “Velhice é sinónimo de decadência física”, mas o grupo dos estudantes que residem com idosos também discorda em maioria com este item (54,9%), no entanto comparativamente a

percentagem é menor neste último. O teste exacto de Fisher confirma a relação entre estas duas variáveis, na medida que o valor de $p=0,007$.

Tabela 22 – Distribuição da amostra para o item “Velhice é sinónimo de decadência física” em função de residir ou não com idosos

Item 13 →		Velhice é sinónimo de decadência física				Total		Significância Teste Exacto de Fisher
		Discordo		Concordo				
Variável Independente		N	%	N	%	N	%	$p = \underline{0,007}$
Reside com Idosos	Sim	50	54,9%	41	45,1%	91	100%	
	Não	201	70,8%	83	29,2%	284	100%	
	Total	251	66,9%	124	33,1%	375	100%	

Quanto ao estereótipo de orientação negativa “A maioria das pessoas idosas está senil”, podemos constatar pela tabela 23 que ambos os grupos (reside/não reside com idosos) discordam com este estereótipo, contudo comparativamente, o grupo dos estudantes que não residem com idosos discorda em maior percentagem. O $p=0,024$ que se obteve no teste exacto de Fisher confirma a relação entre as variáveis.

Tabela 23 – Distribuição da amostra para o item “A maioria das pessoas idosas está senil” em função de residir ou não com idosos

Item 18 →		A maioria das pessoas idosas está senil				Total		Significância Teste Exacto de Fisher
		Discordo		Concordo				
Variável Independente		N	%	N	%	N	%	$p = \underline{0,024}$
Reside com Idosos	Sim	74	81,3%	17	18,7%	91	100%	
	Não	257	90,5%	27	9,5%	284	100%	
	Total	331	88,3%	44	11,7%	375	100%	

Pela tabela 24 constatamos que o grupo de estudantes que vive com idosos no seu local de proveniência concorda em maioria (53,8%) de que “Entrar na etapa da velhice significa

retornar à infância”, enquanto que o grupo de estudantes que não vive com idosos no seu local de proveniência discorda em maioria (64,1%) com tal percepção. O teste exacto de Fisher revela relação para ambas as variáveis, na medida em que $p=0,003$.

Tabela 24 – Distribuição da amostra para o item “Entrar na etapa da velhice significa retornar à infância” em função de residir ou não com idosos

Item 22 →		Entrar na etapa da velhice significa retornar à infância				Total		Significância Teste Exacto de Fisher
		Discordo		Concordo				
Variável Independente		N	%	N	%	N	%	$p = \underline{0,003}$
Reside com Idosos	Sim	42	46,2%	49	53,8%	91	100%	
	Não	182	64,1%	102	35,9%	284	100%	
	Total	224	59,7%	151	40,3%	375	100%	

Quanto ao item “Ser-se idoso significa necessidade de maior atenção”, verifica-se na tabela 25 que ambos os grupos (reside/não reside com idosos) concordam em maioria com este, sendo no entanto de referir que comparativamente o grupo dos estudantes que residem com idosos concorda em maior percentagem com esta percepção. Obteve-se um $p=0,027$ no teste exacto de Fisher, o que confirma a relação.

Tabela 25 – Distribuição da amostra para o item “Ser-se idoso significa necessidade de maior atenção” em função de residir ou não com idosos

Item 26 →		Ser-se idoso significa necessidade de maior atenção				Total		Significância Teste Exacto de Fisher
		Discordo		Concordo				
Variável Independente		N	%	N	%	N	%	$p = \underline{0,027}$
Reside com Idosos	Sim	5	5,5%	86	94,5%	91	100%	
	Não	40	14,1%	244	85,9%	284	100%	
	Total	45	12,0%	330	88,0%	375	100%	

Constatamos pela consulta da tabela 26 que os dois grupos concordam com o item 27

“Velhice representa uma etapa que requer maior preocupação”, mas comparativamente a proporção desta concordância é superior no grupo dos estudantes que residem com idosos no seu local de proveniência. O teste exacto de Fisher confirmou a existência de diferenças significativas nas proporções entre estes grupos ($p=0,030$).

Tabela 26 – Distribuição da amostra para o item “Velhice representa uma etapa que requer maior preocupação” em função de residir ou não com idosos

Item 27 →		Velhice representa uma etapa que requer maior preocupação				Total		Significância Teste Exacto de Fisher
		Discordo		Concordo				
Variável Independente		N	%	N	%	N	%	$p = \underline{0,030}$
Reside com Idosos	Sim	4	4,4%	87	95,6%	91	100%	
	Não	36	12,7%	248	87,3%	284	100%	
	Total	40	10,7%	335	89,3%	375	100%	

Relativamente ao item de orientação positiva “Os idosos podem ser bons cuidadores de crianças”, constatamos pela tabela 27 que este mereceu concordância por parte quer do grupo de estudantes que residem com idosos no seu local de proveniência, quer por parte do grupo de estudantes que não residem com qualquer idoso, mas a proporção desta concordância é superior no grupo dos estudantes que não residem com idosos. O teste exacto de Fisher confirma a relação entre estas variáveis, na medida em que o $p=0,021$.

Tabela 27 – Distribuição da amostra para o item “Os idosos podem ser bons cuidadores de crianças” em função de residir ou não com idosos

Item 29 →		Os idosos podem ser bons cuidadores de crianças				Total		Significância Teste Exacto de Fisher
		Discordo		Concordo				
Variável Independente		N	%	N	%	N	%	$p = \underline{0,021}$
Reside com Idosos	Sim	14	15,4%	77	84,6%	91	100%	
	Não	20	7,0%	264	93,0%	284	100%	
	Total	34	9,1%	341	90,9%	375	100%	

Quanto ao estereótipo de orientação negativa que caracteriza o item 38 “Regra geral as

peças idosas são feias”, este mereceu uma elevada discordância por parte de ambos os grupos, sendo esta discordância superior no grupo dos estudantes que não residem com qualquer idoso (98,9%). A aplicação do teste exacto de Fisher confirmou a existência de diferenças estatisticamente significativas nas proporções entre os grupos ($p=0,008$).

Tabela 28 – Distribuição da amostra para o item “Regra geral as pessoas idosas são feias” em função de residir ou não com idosos

Item 38 →		Regra geral as pessoas idosas são feias				Total		Significância Teste Exacto de Fisher
		Discordo		Concordo				
Variável Independente		N	%	N	%	N	%	$p = \mathbf{0,008}$
Reside com Idosos	Sim	85	93,4%	6	6,6%	91	100%	
	Não	281	98,9%	3	1,1%	284	100%	
	Total	366	97,6%	9	2,4%	375	100%	

Com a verificação da hipótese 1,2,3,4 e 5 concluímos a abordagem estatística do primeiro objectivo, segue-se a análise descritiva referente à percepção dos distintos atributos que ocorrem a partir da quinta década de vida (previamente definido em dois grupos etários: 50-70 e 70-90), calculado com base nas médias do coeficiente de envelhecimento percebido e em função das variáveis independentes. Para cada variável foi explorada a existência de diferenças estatísticas significativas, visando verificar a hipótese 6.

2º Objectivo – Análise descritiva e exploratória dos distintos atributos

Percepção dos atributos pela amostra

Relativamente à terceira parte do questionário, tendo por base a tabela 29, constatamos a partir das médias de intensidade percebidas para os distintos 20 atributos por década e a partir dos cinquenta anos, que as médias de intensidade decaem em 16 dos atributos. Os quatro atributos percebidos onde tal não ocorre são: a

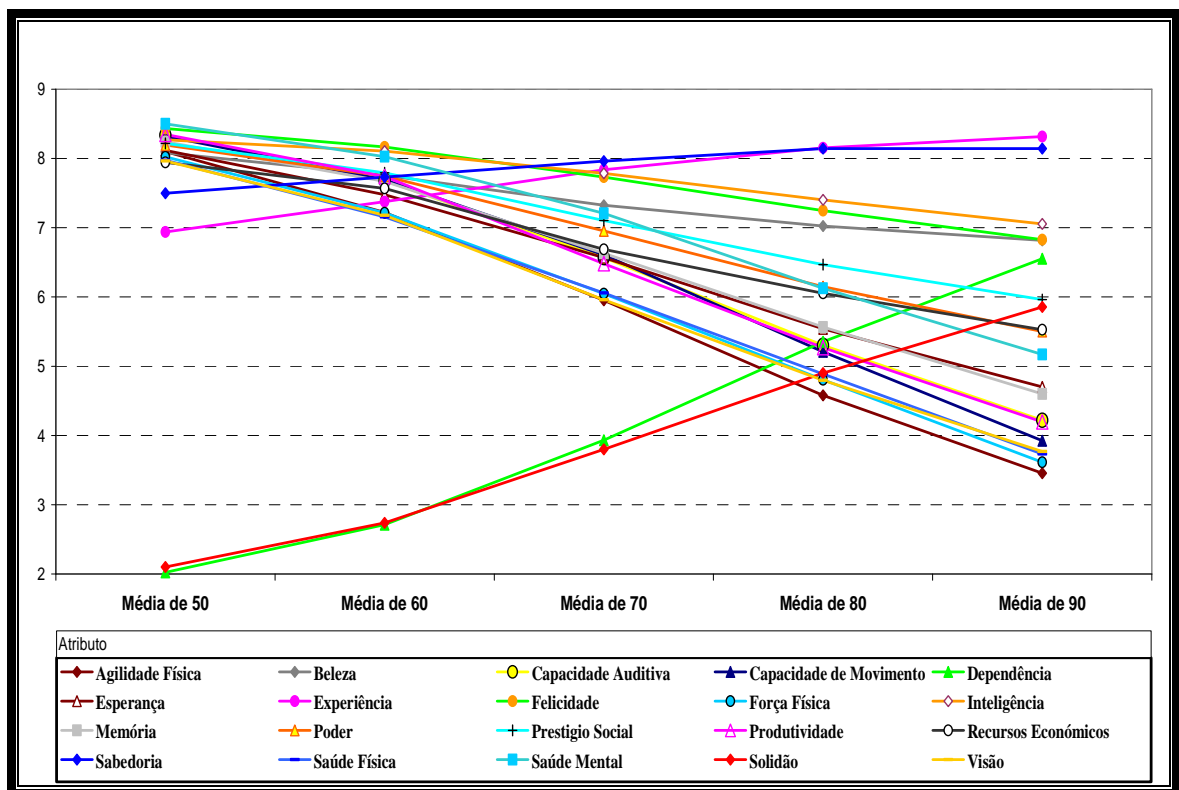
experiência, a sabedoria, a dependência e a solidão. A experiência foi o atributo percebido de orientação positiva cuja média de intensidade cresceu ao longo de todas as décadas, possuindo a maior média de intensidade (8,32) para a década dos 90 anos. Também a sabedoria foi dos atributos percebidos de orientação positiva que cresceu ao longo das décadas 50/60, 60/70 e 70/80, mantendo o mesmo valor de intensidade aquando da passagem dos 80 para os 90 anos. Encontramos também um crescimento de médias de intensidade ao longo das décadas para os atributos dependência e solidão, contudo estas possuem uma orientação negativa, o que quer dizer que não são desejáveis. De todos os 16 atributos que decrescem ao longo das décadas, a agilidade física foi a que mais decresceu, atingindo a média de intensidade percebida de 3,46 para a década dos 90 anos, enquanto que a inteligência foi a que menos decresceu.

Tabela 29 – Média de intensidade percebida para os distintos atributos

Atributo	Idade (por década)					Diferença entre as décadas limite (90-50)
	50	60	70	80	90	
Saúde Física	7,97	7,16	6,06	4,89	3,73	-4,24
Saúde Mental	8,50	8,03	7,21	6,13	5,17	-3,33
Força Física	8,02	7,22	6,05	4,81	3,61	-4,41
Capacidade de Movimento	8,32	7,69	6,61	5,21	3,93	-4,39
Capacidade Auditiva	8,34	7,68	6,57	5,30	4,22	-4,12
Felicidade	8,43	8,17	7,73	7,25	6,83	-1,60
Prestígio Social	8,22	7,79	7,10	6,47	5,96	-2,26
Produtividade	8,35	7,74	6,48	5,27	4,20	-4,15
Agilidade Física	8,10	7,22	5,95	4,58	3,46	-4,64
Poder	8,19	7,74	6,95	6,15	5,50	-2,69
Recursos Económicos	7,94	7,57	6,69	6,05	5,53	-2,41
Esperança	8,12	7,48	6,57	5,54	4,70	-3,42
Visão	7,97	7,18	5,96	4,80	3,77	-4,20
Inteligência	8,27	8,11	7,79	7,40	7,06	-1,21
Memória	8,24	7,67	6,63	5,57	4,60	-3,64
Sabedoria	7,50	7,73	7,96	8,14	8,14	+0,64
Beleza	8,08	7,76	7,33	7,02	6,82	-1,26
Experiência	6,94	7,38	7,84	8,15	8,32	+1,38
Dependência	2,02	2,71	3,93	5,35	6,55	+4,53
Solidão	2,10	2,74	3,80	4,90	5,86	+3,76

Os dados anteriores são apresentados seguidamente no gráfico 6, nele destacam-se quatro rectas em ascensão, duas delas situadas a um nível de intensidade superior que correspondem aos dois atributos de orientação positiva (experiência e sabedoria), enquanto que as duas em ascensão que se situam a um nível inferior correspondem aos atributos de orientação negativa (solidão e dependência, consideradas como não desejáveis). As rectas de maior declive que correspondem respectivamente à agilidade física, à força física, à capacidade de movimento, à saúde física e à visão, incluem-se numa dimensão biológica. Ainda em declive, mas com uma menor acentuação do que estas últimas, surge um atributo de dimensão social (produtividade). As três rectas em declínio que apresentam menor acentuação são a inteligência, a felicidade e a beleza.

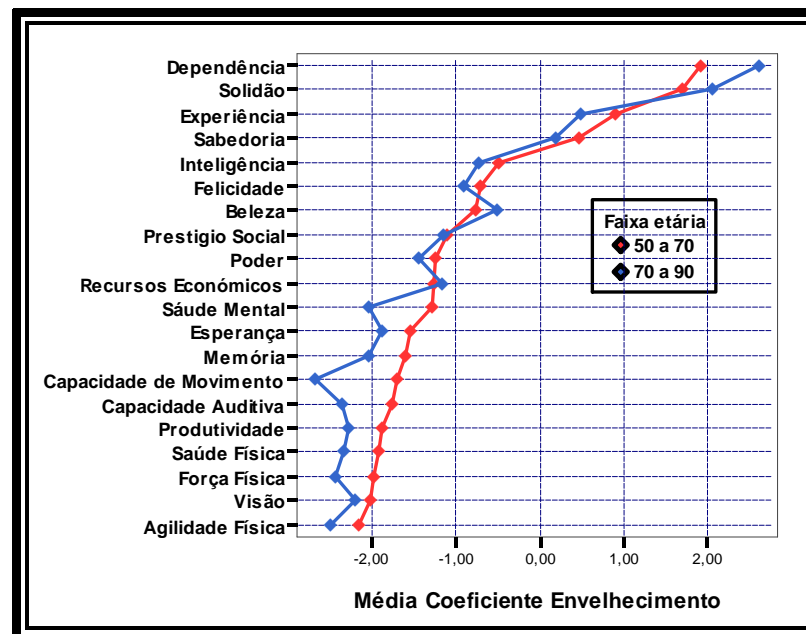
Gráfico 6 – Percepção gráfica dos distintos atributos a partir dos 50 anos



Tendo por base o cálculo das médias do coeficiente de envelhecimento percebido,

seguidamente apresentadas graficamente para os dois grupos etários (50-70/70-90), constata-se a existência de maiores valores negativos para a faixa dos 70/90 aquando essencialmente da percepção da capacidade de movimento, agilidade física, força física, capacidade auditiva, saúde física, produtividade, visão, saúde mental, memória, esperança, poder, inteligência e felicidade. Apenas se verificam menores valores negativos aquando da percepção da beleza e dos recursos económicos. Neste gráfico (n.º 7) verificamos ainda que apresenta maiores valores positivos para a faixa dos 50/70 aquando da percepção da sabedoria e experiência, e para a faixa dos 70/90 aquando da percepção da dependência e solidão (contudo, estes atributos são de carácter negativo, por isso não desejáveis).

Gráfico 7 – Média do coeficiente de envelhecimento percebido



Segue-se a apresentação gráfica dos distintos atributos percebidos pelos estudantes do sexo feminino e masculino, para dois grupos etários previamente definidos (50-70/70-90).

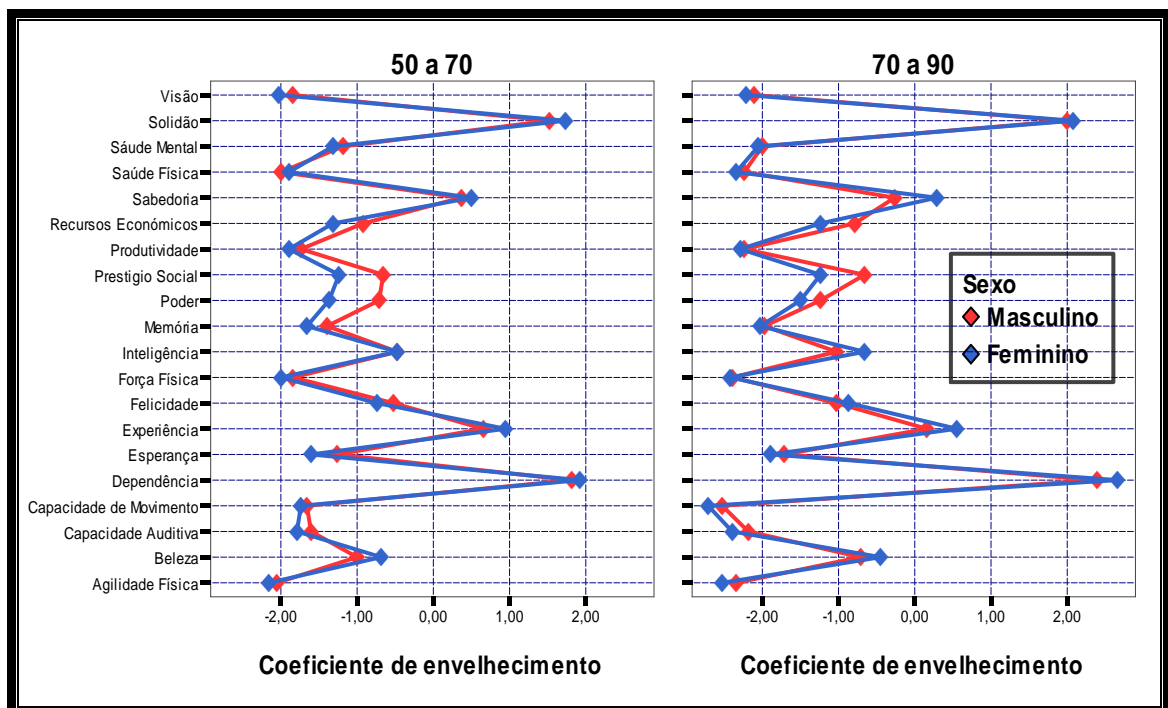
No gráfico 8 as principais diferenças que se destacam são as seguintes:

- para o grupo dos 50/70, os atributos “prestígio social”, “recursos económicos”, “poder” e

“memória” apresentam visivelmente um menor índice de coeficiente de envelhecimento negativo (menor declive) por parte da amostra masculina. Contrariamente, o atributo da “beleza” apresenta um menor índice negativo de envelhecimento percebido por parte da amostra feminina. Consta-se também um maior índice positivo de coeficiente de envelhecimento percebido por parte do sexo feminino para o atributo “experiência”.

- para o grupo dos 70/90, o atributo “sabedoria” apresenta um índice de coeficiente de envelhecimento percebido negativo por parte do sexo masculino e um valor positivo por parte do sexo feminino, enquanto que o atributo “experiência” apresenta um maior índice positivo de coeficiente de envelhecimento percebido por parte do sexo feminino. Os atributos “recursos económicos”, “prestígio social”, “poder” e “capacidade auditiva” são percebidos com menor declive pela amostra masculina, contudo o atributo “inteligência” e “beleza” é percebido com um menor declive pela amostra feminina.

Gráfico 8 – Percepção gráfica dos distintos atributos para os grupos 50/70 e 70/90 anos, em função do sexo



Com o intuito de procurar a existência de diferenças estatísticas significativas entre os coeficientes de envelhecimento percebido para os distintos atributos que ocorrem após os 50 anos, entre estudantes do sexo masculino e feminino, após verificados os pressupostos, a ausência de normalidade implicou a aplicação do teste não paramétrico *Mann-Whitney U*, encontrando-se relativamente ao grupo dos 50/70, tal como apresentado na tabela 30, a existência de diferenças estatísticas significativas entre o sexo dos estudantes, para os atributos “prestígio social”, “poder”, “recursos económicos”, “beleza” e “experiência”. Quanto ao grupo dos 70/90, encontramos diferenças estatísticas significativas entre o sexo dos estudantes, para os atributos “prestígio social”, “recursos económicos”, “inteligência”, “sabedoria”, “beleza” e “experiência”.

Tabela 30 – Atributos que apresentam relação significativa com a variável “sexo”

Grupo Etário →	50/70	Sig.	70/90	Sig.
Atributos	Prestigio social	0,001	Prestigio social	0,002
	Poder	0,000	Recursos Económicos	0,016
	Recursos Económicos	0,012	Inteligência	0,001
	Beleza	0,022	Sabedoria	0,000
	Experiência	0,017	Beleza	0,008
			Experiência	0,006

Visando explorar a relação entre os valores do coeficiente de envelhecimento dos distintos atributos percebidos em função da variável idade, aplicou-se o coeficiente de correlação de Spearman que nos revela tal como podemos observar na tabela 31, a existência de um grau de associação entre a idade e os seguintes atributos para o grupo 50/70: “força física”, “capacidade auditiva”, “produtividade”, “agilidade física”, “recursos económicos”, “visão”, “inteligência” e “memória”. Quanto ao grupo dos 70/90, encontrou-se relação entre a idade do estudante e os seguintes atributos: “saúde mental” e “visão”. Dado que todos estes atributos são percebidos em declive, estes resultados

traduzem que à medida que a idade do estudante aumenta, existe uma tendência (pequena mas existente) para a percepção destes atributos com um menor valor de coeficiente de envelhecimento negativo (menor declive) ou que, à medida que a idade do estudante diminui existe uma tendência para a percepção destes atributos com um maior valor de coeficiente de envelhecimento negativo (maior declive).

Tabela 31 – Atributos que apresentam relação significativa com a variável “Idade”

Grupo Etário →	50/70	Correlação de Spearman (r_s)	50/70	Correlação de Spearman (r_s)
Atributos	Força Física	108*	Saúde Mental	101*
	Capacidade Auditiva	167**	Visão	108*
	Produtividade	142**		
	Agilidade Física	130*		
	Rec. Económicos	107*		
	Visão	109*		
	Inteligência	103*		
	Memória	139**		

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

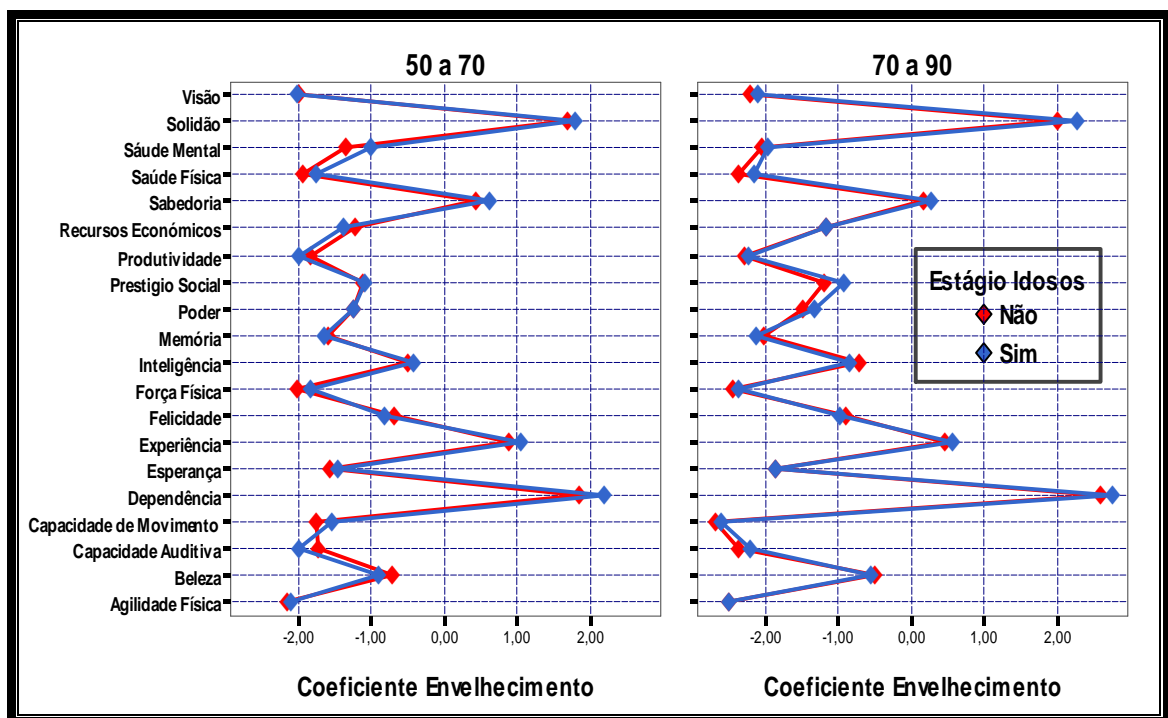
No gráfico 9 são apresentados os atributos percebidos quer pelos estudantes que efectuaram estágio com utentes idosos, quer pelos estudantes que não efectuaram estágio com utentes idosos, relativamente aos dois grupos previamente definidos. Nele podemos constatar que as principais diferenças que se destacam são de pequena intensidade, sendo elas:

- relativamente ao grupo dos 50/70, os atributos “beleza”, “capacidade auditiva”, “felicidade”, “produtividade”, “recursos económicos”, apresentam um maior índice de coeficiente de envelhecimento negativo (significando um maior declive do atributo) por parte da amostra de estudantes que estagiaram com utentes idosos. Estes estudantes apresentam também um índice de envelhecimento percebido positivo mais elevado relativamente aos atributos “dependência” e “solidão”, contudo de salientar que estes são

atributos de orientação negativa, significando que o seu aumento não é desejável. Os atributos “saúde mental”, “saúde física”, “força física” e “capacidade de movimento”, apresentam um índice de coeficiente de envelhecimento mais negativo (significando um maior declive do atributo) por parte da amostra de estudantes que não estagiaram com utentes idosos.

- relativamente ao grupo dos 70/90, os atributos “capacidade auditiva”, “poder”, “prestígio social” e “saúde física” apresentam um menor índice de coeficiente de envelhecimento negativo por parte da amostra de estudantes que estagiaram com utentes idosos. A “beleza”, a “inteligência” e a “felicidade” são os atributos que apresentam um menor índice negativo de envelhecimento percebido por parte dos estudantes que não estagiaram com utentes idosos.

Gráfico 9 – Percepção gráfica dos distintos atributos para os grupos 50/70 e 70/90 anos, em função de ter estagiado ou não com utentes idosos



Para a variável “estagiou ou não com utentes idosos”, relativamente ao grupo

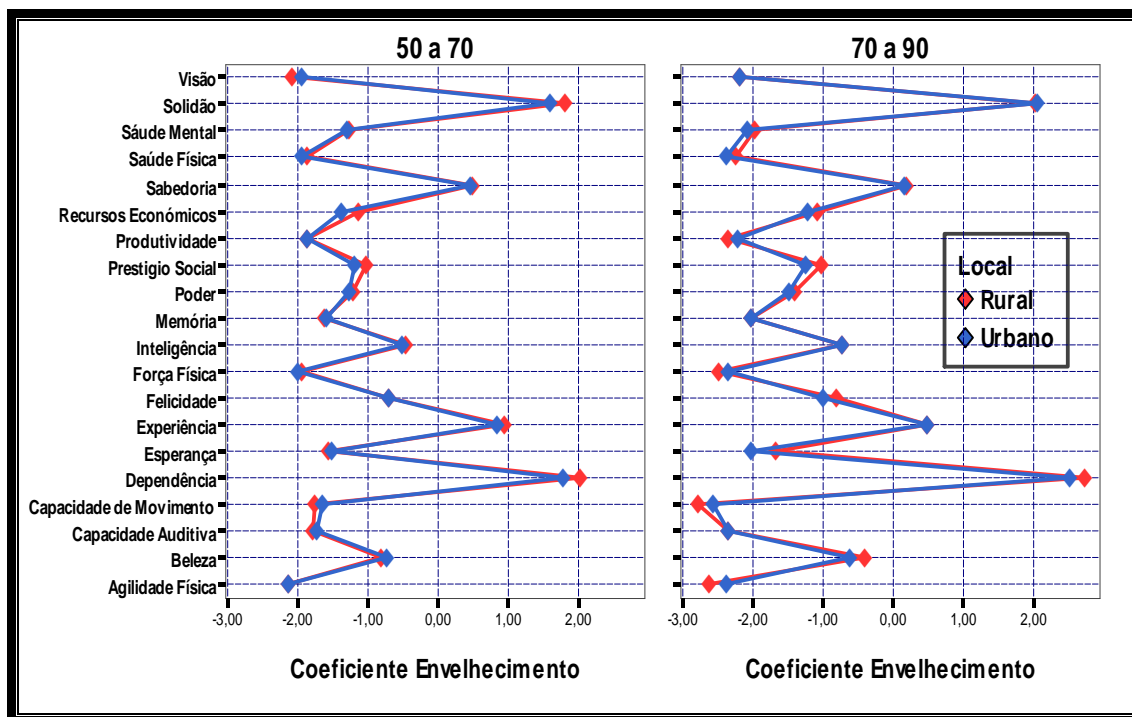
dos 50/70, o teste Mann-Whitney U indica-nos a existência de diferenças significativas entre os valores de envelhecimento percebido apenas para os atributos “saúde mental” ($p=0,023$) e “capacidade auditiva” ($p=0,034$). Relativamente ao grupo dos 70/90, não encontramos diferenças estatísticas significativas entre os valores de envelhecimento percebido para os distintos atributos, em função desta variável.

Seguidamente são apresentados graficamente os distintos atributos percepcionados pelos estudantes provenientes da zona urbana e da zona rural, construída com base nas médias de coeficiente de envelhecimento percebido, para os dois grupos etários previamente definidos. As diferenças que se destacam no gráfico 10 são de pequena intensidade, tais como:

- relativamente ao grupo dos 50/70, os atributos “prestígio social” e “recursos económicos” apresentam um menor índice de coeficiente de envelhecimento negativo por parte da amostra de estudantes provenientes da zona rural. Estes estudantes apresentam também um maior índice positivo de envelhecimento percebido para os atributos “solidão”, “experiência” e para o atributo de orientação negativa “dependência”.

- quanto ao grupo dos 70/90, os atributos “beleza”, “esperança”, “felicidade”, “poder”, “prestígio social”, “recursos económicos”, “saúde física” e “saúde mental” apresentam um menor índice de coeficiente de envelhecimento negativo (significando um menor declive destes atributos) por parte da amostra de estudantes provenientes da zona rural. Estes estudantes apresentam um índice de envelhecimento percebido positivo mais elevado do que os estudantes provenientes da zona urbana para o atributo “dependência”.

Gráfico 10 – Percepção gráfica dos distintos atributos para os grupos 50/70 e 70/90 anos, em função do local de proveniência



Quer relativamente ao grupo dos 50/70, quer relativamente ao grupo dos 70/90, o teste Mann-Whitney U não revelou diferenças significativas entre os valores de coeficiente de envelhecimento dos distintos atributos percebidos pelos dois grupos da amostra (estudantes provenientes da zona rural e estudantes provenientes da zona urbana).

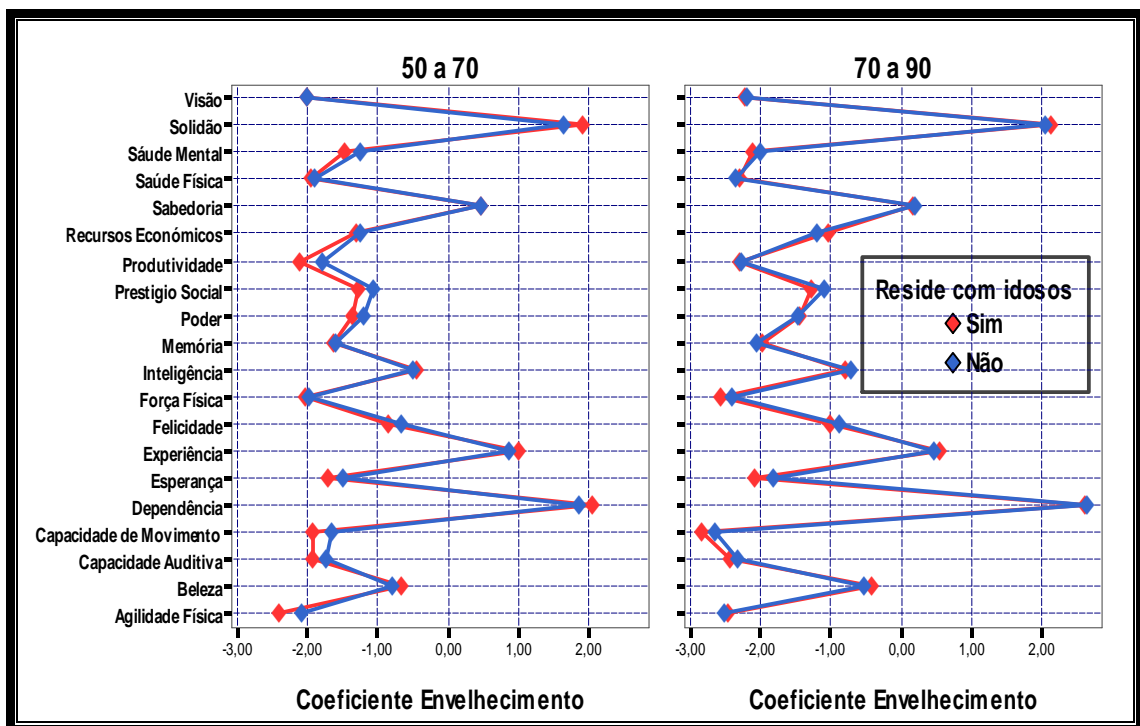
Segue-se no gráfico 11 a apresentação dos atributos percebidos quer pelos estudantes que residem com idosos no seu local de proveniência, quer pelos estudantes que não residem com idosos, relativamente aos dois grupos etários previamente definidos (50-70 e 70-90). Como podemos constatar, as principais diferenças que se destacam são também de pequena intensidade, tais como:

- quanto ao grupo dos 50/70, os atributos “agilidade física”, “capacidade auditiva”, “capacidade de movimento”, “esperança”, “felicidade”, “poder”, “prestígio social”, “produtividade” e “saúde mental” apresentam um maior índice de coeficiente de

envelhecimento negativo (significando um maior declive destes atributos) por parte da amostra de estudantes que reside com idosos no seu local de proveniência. Constatase também que estes estudantes apresentam um maior índice de coeficiente de envelhecimento positivo para os atributos de orientação negativa “solidão” e “dependência”, e para o atributo de orientação positiva “experiência”.

- relativamente ao grupo dos 70/90, os atributos “capacidade auditiva”, “capacidade de movimento”, “esperança”, “felicidade”, “força física”, “prestígio social” e “saúde mental” apresentam um maior índice de coeficiente de envelhecimento negativo (significando um maior declive destes atributos) por parte da amostra de estudantes que reside com idosos no seu local de proveniência. Estes também apresentam um maior índice de coeficiente de envelhecimento positivo para os atributos “solidão” e “experiência”.

Gráfico 11 – Percepção gráfica dos distintos atributos para os grupos 50/70 e 70/90 anos, em função de residir ou não com idosos



Atendendo à variável em estudo “residir ou não com idosos”, relativamente ao grupo dos 50/70, o teste Mann-Whitney U indica a existência de diferenças significativas apenas para o atributo agilidade física ($p=0,044$).

Quanto ao grupo dos 70/90, não se encontrou diferenças estatísticas significativas nos valores de coeficiente de envelhecimento dos distintos atributos percebidos por ambos os grupos.

3º Objectivo – Verificação da hipótese 7

A abordagem do terceiro objectivo requer a verificação da hipótese 7. Esta hipótese visa conhecer se os estudantes com um coeficiente de envelhecimento percebido mais negativo relativamente aos distintos atributos que ocorrem a partir da quinta década possuem pontuações mais elevadas nas dimensões resultantes do agrupamento de estereótipos de orientação negativa. Inicialmente procurou-se caracterizar a estrutura dos estereótipos presentes na segunda parte do questionário, sendo que a análise factorial representa um procedimento fulcral para a apreciação da dimensionalidade dos instrumentos, recorreu-se a esta. No teste de KMO obteve-se um índice de 0,806, categorizado de bom, que com base na classificação apresentada por Pereira (1999) tal indica-nos que uma análise de componentes pode ser efectuada. O teste de esfericidade de Bartlett revela que a matriz de correlações também é adequada à análise de componentes principais, uma vez que o valor de prova é menor que 5% (Sig.=0,000). Optámos, nas distintas factorizações efectuadas por rotação varimax, pela selecção da redução em cinco componentes (factores/dimensões), tendo

por base a estrutura teórica, onde se destacam os trabalhos efectuados neste âmbito. Todos os factores obtidos apresentam um valor próprio (eigenvalue) superior a 1, o que permite o seu isolamento tal como nos refere Almeida e Freire (2003). Do total de 40 itens que faziam parte da segunda parte do instrumento de recolha de dados, a redução a cinco componentes por rotação varimax não incluiu 13 itens. Os cinco factores encontrados (apresentados na tabela 32) explicam 33,983% da variância total, tendo a percentagem de explicação da variância e a consistência interna de cada factor sido a seguinte:

- O primeiro factor que é constituído por oito itens, explica 15,802% da variância e apresenta uma óptima consistência interna (alfa de Cronbach = 0,705). Este factor inclui um item que se correlaciona negativamente com a percepção de orientação positiva, sendo então entendido como “As pessoas idosas não podem ser muito úteis à sociedade”.

- O factor 2 que é constituído por seis itens, explica 5,967% da variância e apresenta também um bom alfa de Cronbach (0,664).

- O factor 3 comporta cinco itens, explica 4,568% da variância e apresenta um alfa de Cronbach de 0,618.

- O factor 4 que é constituído por cinco itens, explica 3,927% da variância e apresenta um alfa de Cronbach de 0,525. Este factor apresenta dois itens que se correlacionam negativamente com percepções de orientação positiva, significando que os itens são entendidos na sua forma inversa como: “Os idosos não podem ser bons cuidadores de crianças” e “As pessoas idosas não são poços de sabedoria”.

- O último factor obtido é constituído apenas por três itens e explica 3,719% da variância, apresentando um alfa de 0,471.

Tabela 32 – Carga factorial dos itens por factor, % de variância explicada e consistência interna de cada factor

	COMPONENTE				
	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5
- Velhice é sinónimo de decadência social.	,642				
- Velhice representa não ter nada para fazer.	,558				
- Os idosos são incapazes de aprenderem coisas novas.	,480				
- As pessoas idosas geralmente são pessoas tristes.	,475				
- As pessoas idosas podem ser muito úteis à sociedade.	-,436				
- As pessoas idosas são improdutivas.	,426				
- Pensar em velhice significa pensar em abandono social.	,415				
- As pessoas idosas são incapazes de pensar com clareza.	,400				
- Ser-se idoso significa necessidade de maior atenção.		,693			
- Velhice representa uma etapa que requer maior preocupação.		,618			
- As pessoas idosas sofrem mais de solidão que os jovens.		,534			
- O grupo das pessoas idosas tende a assemelhar-se em comportamentos.		,522			
- Regra geral a velhice constitui a etapa de maior dependência.		,511			
- Entrar na etapa da velhice significa retornar à infância.		,423			
- Quando penso nas alterações físicas naturais inerentes à etapa da velhice penso em cabelos brancos.			,691		
- Quando vejo rugas da pele lembra-me a velhice.			,535		
- Quando penso na fisionomia da pessoa idosa recorda-me alguém com óculos, bengala.			,520		
- Velhice é sinónimo de decadência física.			,492		
- Pensar na velhice, significa pensar na morte.			,423		
- As pessoas idosas não devem desempenhar tarefas que exigem maior destreza manual.				,538	
- As pessoas idosas devem evitar manipular máquinas.				,535	
- Os idosos podem ser bons cuidadores de crianças.				-,474	
- As pessoas, à medida que envelhecem tornam-se menos inteligentes.				,453	
- As pessoas idosas são poços de sabedoria.				-,438	
- As pessoas idosas têm pouco ou nenhum desejo sexual.					,683
- Os idosos não têm capacidade para manter uma erecção.					,584
- As pessoas idosas são incapazes de mudar e adaptar-se a novas situações.					,439
Valor próprio	6,321	2,387	1,827	1,571	1,488
% de Variância Explicada (Total = 33,983)	15,802	5,967	4,568	3,927	3,719
Alfa de Cronbach	0,705	0,664	0,618	0,525	0,471

Tendo em consideração os itens que fazem parte de cada factor, a sua

orientação (-/+), e com base na estrutura teórica do âmbito em estudo, designamos os cinco factores da seguinte forma:

- 1º Factor – Estereotipia do declínio cognitivo-motivacional e social, dado que inclui itens de declínio do fórum social (decadência social, abandono social, improdutividade, não ter nada para fazer, os idosos não podem ser úteis à sociedade), de declínio do fórum cognitivo (incapazes de aprenderem coisas novas, incapazes de pensar com clareza) e um item de percepção negativa motivacional (tristeza).

- 2º Factor – Estereotipia da dependência afectiva e atencional, dado que inclui itens que se reportam directamente à dependência (velhice constitui a etapa de maior dependência) e itens que pressupõe esta (ser-se idoso significa necessidade de maior atenção, velhice representa uma etapa que requer maior preocupação, velhice significa retornar à infância).

- 3º Factor – Estereotipia da deterioração da imagem física, atendendo que inclui itens que correspondem a manifestações físicas inerentes ao processo de envelhecimento (rugas, cabelos brancos), bem como um item que diz respeito a objectos marcadores da velhice necessários à compensação de alterações físicas inerentes ao processo de envelhecimento (óculos, bengala), inclui também um item intitulado de decadência física e outro de morte (também de índole físico).

- 4º Factor – Estereotipia do declínio cognitivo-funcional, dado que inclui itens que se reportam quer à dimensão cognitiva (menos inteligentes, não são poços de sabedoria) quer à capacidade de desempenho (destreza manual, manipulação de máquinas, cuidar de crianças).

- 5º Factor – Estereotipia do declínio da sexualidade e perda da plasticidade, uma vez que inclui um item referente à incapacidade de adaptação (resistência à mudança), e inclui ainda dois itens relacionados com uma visão negativa acerca de

aspectos da sexualidade (desejo, capacidade de erecção).

Tendo por base as pontuações obtidas através do somatório conferido pelo nível de concordância de cada item (discordo completamente = 1, discordo = 2, concordo = 3, concordo completamente = 4) que constituem cada componente, constatamos pela tabela 33, que a média obtida na nossa amostra, para o factor 1, foi de 14,06 valores (mínimo possível = 8; máximo possível = 32; ponto médio = 20), para o factor 2 foi de 16,71 valores (mínimo possível = 6; máximo possível = 24; ponto médio = 15), para o factor 3 foi de 11,41 valores (mínimo possível = 5; máximo possível = 20; ponto médio = 12,5), para o factor 4 foi de 9,65 valores (mínimo possível = 5; máximo possível = 20, ponto médio = 12,5) e para o factor 5 foi de 6,05 valores (mínimo possível = 3; máximo possível = 12; ponto médio = 7,5).

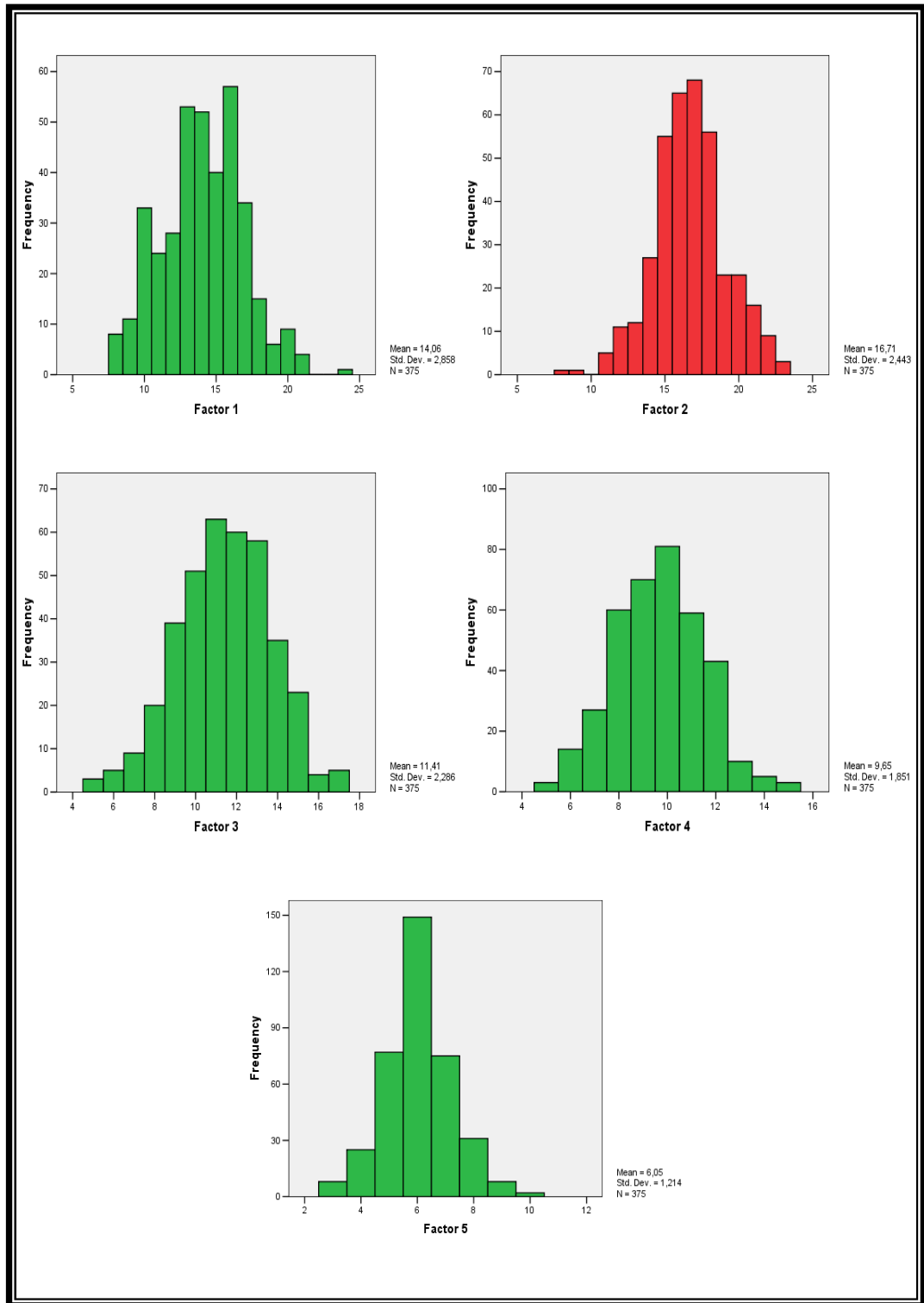
Tabela 33 – Análise descritiva das pontuações obtidas para cada um dos cinco factores

Factor	Média	Mediana	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
1 (8 itens)	14,06	14,00	2,858	8	24
2 (6 itens)	16,71	17,00	2,443	8	23
3 (5 itens)	11,41	11,00	2,286	5	17
4 (5 itens)	9,65	10,00	1,851	5	15
5 (3 itens)	6,05	6,00	1,214	3	10

Nos histogramas apresentados em seguida (figura 8), tendo por base a distribuição dos valor médios das pontuações obtidas através da soma das respostas aos itens que constituem cada factor, verificamos que a maioria da amostra encontra-se relativamente ao factor 1,3,4 e 5 abaixo dos respectivos pontos médios, significando que discordam com os mesmos. Relativamente ao factor 2 verifica-se que a maioria da amostra apresenta médias de pontuações superiores ao ponto médio (que é igual a 15 valores), significando que esta

concorda em maioria com a estereotipia da dependência afectiva e atencional.

Figura 8 – Histogramas das pontuações do factor 1,2,3,4 e 5



Correspondendo cada variável independente (variável preditora) à média do coeficiente de

envelhecimento percebido de cada atributo e a variável dependente a cada um dos cinco factores, através da regressão linear múltipla pelo método Stepwise, identificaram-se quais as variáveis independentes mais relacionadas com cada factor e em que sentido ocorre essa relação (positiva ou negativa). Como podemos observar pelos resultados apresentados na tabela 34, para o factor 1, dos vários modelos testados, o programa seleccionou para o grupo 50/70 um modelo que inclui como variáveis preditoras (variáveis independentes) a “solidão”, a “produtividade”, a “inteligência” e os “recursos económicos”. Para o grupo 70/90, o modelo seleccionado inclui como variáveis preditoras o “poder”, a “felicidade” e a “capacidade auditiva”. De referir, que apesar da capacidade explicativa destas variáveis ser muito reduzida (coeficiente de determinação: R Square = 0,101 para o grupo 50/70; R Square = 0,083 para o grupo 70/90), o teste ANOVA para a regressão indica que o modelo é válido (ANOVA: Sig. = 0,000 para ambos os grupos).

Atendendo ao sentido da relação das variáveis para o factor 1 (correspondente à estereotipia do declínio cognitivo-motivacional e social), os resultados obtidos significam relativamente ao grupo 50/70:

- Os estudantes que apresentam um maior coeficiente de envelhecimento percebido relativamente ao atributo “solidão” possuem pontuações mais elevadas no factor 1.

- Os estudantes com um maior coeficiente de envelhecimento negativo relativamente ao atributo “produtividade” possuem maiores pontuações resultantes do agrupamento de estereótipos de orientação negativa (significando que se verifica uma maior concordância com estes).

- Os estudantes que apresentam um maior coeficiente de envelhecimento negativo relativamente ao atributo “inteligência” possuem maiores pontuações resultantes do agrupamento de estereótipos de orientação negativa.

- Os estudantes com um maior coeficiente de envelhecimento percebido (menor coeficiente de envelhecimento negativo) relativamente ao atributo “recursos económicos” possuem maiores pontuações resultantes do agrupamento de estereótipos de orientação negativa.

Tendo por base o factor 1, constatamos assim que a relação obtida para os atributos “produtividade” e “inteligência” corroboram a hipótese 7. Quanto ao atributo “solidão”, sendo esta um atributo de orientação negativa, a sua inversão em função da orientação corresponderá a um maior coeficiente de envelhecimento percebido negativo, indo assim de encontro com a hipótese em estudo. Quanto à relação obtida para o atributo “recursos económicos”, esta não corrobora a nossa hipótese.

Relativamente ao grupo 70/90, os resultados obtidos significam:

- Os estudantes com um maior coeficiente de envelhecimento percebido negativo relativamente ao atributo “poder” possuem maiores pontuações resultantes do agrupamento de estereótipos de orientação negativa (significando uma maior concordância com estes estereótipos).

- Os estudantes com um maior coeficiente de envelhecimento percebido negativo relativamente ao atributo “felicidade” possuem maiores pontuações resultantes do agrupamento de estereótipos de orientação negativa.

- Os estudantes com um menor coeficiente de envelhecimento percebido negativo relativamente ao atributo “capacidade auditiva” possuem maiores pontuações resultantes do agrupamento de estereótipos de orientação negativa.

Verificamos pelas relações obtidas, que os atributos “poder” e “felicidade” corroboram a nossa hipótese 7, enquanto que a relação inversa encontrada por parte do atributo “capacidade auditiva” não corrobora esta.

Tabela 34 – Análise de Regressão pelo método Stepwise, para o factor 1

N.º do Factor	Grupos Etários							
	50/70				70/90			
	Atributos	B	T	Sig.	Atributos	B	T	Sig.
Factor 1	Solidão	0,387	3,195	0,002	Poder	-0,438	-3,862	0,000
	Produtividade	-0,366	-3,079	0,002	Felicidade	-0,474	-3,469	0,001
	Inteligência	-0,419	-2,510	0,013	Cap. Auditiva	0,260	2,075	0,039
	Rec. Económicos	0,241	2,174	0,030				

Para o factor 2, como podemos observar pela tabela 35, dos vários modelos testados, o programa seleccionou para o grupo 50/70 um modelo que inclui como variáveis predictoras a “dependência”, a “felicidade”, a “solidão”. Para o grupo 70/90, o modelo seleccionado incluiu como variáveis a “solidão”, a “saúde física” e a “felicidade”. Apesar da capacidade explicativa destas variáveis ser muito reduzida (R Square = 0,138 para o grupo 50/70; R Square = 0,063 para o grupo 70/90), o teste ANOVA para a regressão indica que o modelo é válido (ANOVA: Sig. = 0,000 para ambos os grupos).

Atendendo ao sentido da relação das variáveis para o factor 2 (correspondente à estereotipia da dependência afectiva e atencional), os resultados obtidos significam relativamente ao grupo 50/70, que:

- Os estudantes que apresentam um maior coeficiente de envelhecimento percebido relativamente ao atributo “dependência” possuem pontuações mais elevadas no factor 2.

- Os estudantes com um maior coeficiente de envelhecimento negativo relativamente ao atributo “felicidade” possuem maiores pontuações resultantes do agrupamento de estereótipos de orientação negativa (significando que se verifica uma maior concordância com estes).

- Os estudantes que apresentam um maior coeficiente de envelhecimento percebido relativamente ao atributo “solidão” possuem pontuações mais elevadas no factor 2.

Com base no factor 2, constatamos que a relação obtida para o atributo “felicidade” corrobora a hipótese 7. Quanto aos atributos “dependência” e “solidão”, sendo estes atributos de orientação negativa, a sua inversão em função da orientação corresponderá a um maior coeficiente de envelhecimento percebido negativo, corroborando desta forma a hipótese em estudo.

Relativamente ao grupo 70/90, os resultados obtidos significam:

- Os estudantes que apresentam um maior coeficiente de envelhecimento percebido relativamente ao atributo “solidão” possuem pontuações mais elevadas no factor 2.

- Os estudantes com um maior coeficiente de envelhecimento percebido negativo relativamente ao atributo “saúde física” possuem maiores pontuações resultantes do agrupamento de estereótipos de orientação negativa.

- Os estudantes com um maior coeficiente de envelhecimento percebido negativo relativamente ao atributo “felicidade” possuem maiores pontuações resultantes do agrupamento de estereótipos de orientação negativa.

Verificamos pelas relações obtidas, que os atributos “saúde física” e “felicidade” corroboram a nossa hipótese 7. Quanto ao atributo “solidão”, a sua inversão com base no sentido de orientação corrobora também a nossa hipótese.

Tabela 35 – Análise de Regressão pelo método Stepwise, para o factor 2

N.º do Factor	Grupos Etários							
	50/70				70/90			
	Atributos	B	T	Sig.	Atributos	B	T	Sig.
Factor 2	Dependência	0,429	3,968	0,000	Solidão	0,216	2,471	0,014
	Felicidade	-0,332	-2,941	0,003	Saúde Física	-0,270	-2,118	0,035
	Solidão	0,296	2,732	0,007	Felicidade	-0,240	-2,056	0,040

Como podemos observar pelos resultados apresentados na tabela 36, para o factor 3, dos vários modelos testados, o programa seleccionou para o grupo 50/70 um modelo que inclui como variáveis predictoras a “agilidade física”, a “beleza”, a “saúde mental”, a “solidão” e a “experiência”. Para o grupo 70/90, o modelo seleccionado inclui como variáveis a “felicidade”, a “saúde física” e a “dependência”. Apesar da capacidade explicativa destas variáveis ser muito reduzida ($R^2 = 0,108$ para o grupo 50/70; $R^2 = 0,074$ para o grupo 70/90), o teste ANOVA para a regressão indica que o modelo é válido (ANOVA: Sig. = 0,000 para ambos os grupos).

Atendendo ao sentido da relação das variáveis para o factor 3 (correspondente à estereotipia da deterioração da imagem física), os resultados obtidos significam relativamente ao grupo 50/70, que:

- Os estudantes com um maior coeficiente de envelhecimento percebido negativo relativamente ao atributo “agilidade física” possuem maiores pontuações resultantes do agrupamento de estereótipos de orientação negativa.

- Os estudantes com um maior coeficiente de envelhecimento percebido negativo relativamente ao atributo “beleza” possuem maiores pontuações resultantes do agrupamento de estereótipos de orientação negativa.

- Os estudantes com um maior coeficiente de envelhecimento percebido negativo relativamente ao atributo “saúde mental” possuem maiores pontuações resultantes do agrupamento de estereótipos de orientação negativa.

- Os estudantes que apresentam um maior coeficiente de envelhecimento percebido relativamente ao atributo “solidão” possuem pontuações mais elevadas no factor 3.

- Os estudantes que apresentam um maior coeficiente de envelhecimento percebido relativamente ao atributo “experiência” possuem pontuações mais elevadas no factor 3.

Com base no factor 3, verificamos que a relação obtida para os atributos “agilidade física”, “beleza” e “saúde mental” corroboram a hipótese 7. Quanto ao atributo “solidão”, sendo este de orientação negativa, a sua inversão em função da orientação corresponderá a um maior coeficiente de envelhecimento percebido negativo, corroborando a nossa hipótese. O atributo “experiência” não corrobora a nossa hipótese.

Relativamente ao grupo 70/90, os resultados obtidos significam:

- Os estudantes com um maior coeficiente de envelhecimento percebido negativo relativamente ao atributo “felicidade” possuem maiores pontuações no factor 3.
- Os estudantes com um maior coeficiente de envelhecimento percebido negativo relativamente ao atributo “saúde física” possuem maiores pontuações no factor 3.
- Os estudantes que apresentam um maior coeficiente de envelhecimento percebido relativamente ao atributo “dependência” possuem pontuações mais elevadas no factor 3.

Verificamos pelas relações obtidas, que os atributos “felicidade” e “saúde física” corroboram a nossa hipótese 7. Quanto ao atributo “dependência”, a sua inversão com base no sentido de orientação corrobora a nossa hipótese.

Tabela 36 – Análise de Regressão pelo método Stepwise, para o factor 3

N.º do Factor	Grupos Etários							
	50/70				70/90			
	Atributos	B	T	Sig.	Atributos	B	T	Sig.
Factor 3	Agilidade Fís.	-0,266	-2,493	0,013	Felicidade	-0,328	-3,087	0,002
	Beleza	-0,303	-2,729	0,007	Saúde Física	-0,288	-2,446	0,015
	Saúde mental	-0,251	-2,158	0,032	Dependência	0,163	2,198	0,029
	Solidão	0,214	2,174	0,030				
	Experiência	0,190	2,045	0,042				

Como podemos observar pelos resultados apresentados na tabela 37, para o factor 4, dos

vários modelos testados, o programa seleccionou para o grupo 50/70 um modelo que inclui como variáveis predictoras a “beleza”, a “experiência” e a “agilidade física”. Para o grupo 70/90, o modelo seleccionado inclui como variáveis a “inteligência”, “produtividade”, a “saúde mental”, a “experiência” e a “dependência”. Apesar da capacidade explicativa destas variáveis ser muito reduzida (R Square = 0,087 para o grupo 50/70; R Square = 0,111 para o grupo 70/90), o teste ANOVA para a regressão indica que o modelo é válido (ANOVA: Sig. = 0,000 para ambos os grupos).

Atendendo ao sentido da relação das variáveis para o factor 4 (correspondente à estereotipia do declínio cognitivo-funcional), os resultados obtidos significam relativamente ao grupo 50/70, que:

- Os estudantes com um maior coeficiente de envelhecimento percebido negativo relativamente ao atributo “beleza” possuem maiores pontuações no factor 4.
- Os estudantes com um menor coeficiente de envelhecimento percebido relativamente ao atributo “experiência” possuem maiores pontuações no factor 4.
- Os estudantes com um maior coeficiente de envelhecimento percebido negativo relativamente ao atributo “agilidade física” possuem maiores pontuações no factor 4.

Constatamos para o factor 4, através das relações obtidas, que os atributos “beleza”, “experiência” e “agilidade física” corroboram a nossa hipótese 7.

Relativamente ao grupo 70/90, os resultados obtidos significam:

- Os estudantes com um maior coeficiente de envelhecimento percebido negativo relativamente ao atributo “inteligência” possuem maiores pontuações no factor 4.
- Os estudantes com um maior coeficiente de envelhecimento percebido negativo relativamente ao atributo “produtividade” apresentam maiores pontuações no factor 4.

- Os estudantes com um maior coeficiente de envelhecimento percebido relativamente ao atributo “saúde mental” possuem maiores pontuações no factor 4.

- Os estudantes com um menor coeficiente de envelhecimento percebido relativamente ao atributo “experiência” apresentam maiores pontuações no factor 4.

- Os estudantes que apresentam um menor coeficiente de envelhecimento percebido relativamente ao atributo “dependência” possuem pontuações mais elevadas no factor 4.

Verificamos pelas relações obtidas, que os atributos “inteligência”, “produtividade”, “saúde mental” e “experiência” corroboram a nossa hipótese 7. Quanto ao atributo “dependência”, a sua inversão com base no sentido de orientação não corrobora a nossa hipótese.

Tabela 37 – Análise de Regressão pelo método Stepwise, para o factor 4

N.º do Factor	Grupos Etários							
	50/70				70/90			
	Atributos	B	T	Sig.	Atributos	B	T	Sig.
Factor 4	Beleza	-0,317	-3,527	0,000	Inteligência	-0,263	-2,955	0,003
	Experiência	-0,229	-3,036	0,003	Produtividade	-0,213	-2,837	0,005
	Agilidade Fís.	-0,217	-2,689	0,007	Saúde Mental	-0,201	-2,299	0,022
					Experiência	-0,179	-2,111	0,035
					Dependência	-0,122	-1,985	0,048

Como apresentado na tabela 38, para o factor 5, dos vários modelos testados, o programa seleccionou para o grupo 50/70 um modelo que inclui como variáveis predictoras a “felicidade”, a “sabedoria” e a “experiência”. Para o grupo 70/90, o modelo seleccionado inclui como única variável a “felicidade”. Apesar da capacidade explicativa destas variáveis ser também muito reduzida (R Square = 0,042 para o grupo 50/70; R Square = 0,045 para o grupo 70/90), o teste ANOVA para a regressão indica que o modelo é válido (ANOVA: Sig. = 0,001 para o grupo 50/70; Sig. = 0,000 para o grupo 70/90).

Atendendo ao sentido da relação das variáveis para o factor 5 (correspondente à estereotipia do declínio da sexualidade e perda da plasticidade), os resultados obtidos significam relativamente ao grupo 50/70, que:

- Os estudantes com um maior coeficiente de envelhecimento percebido negativo relativamente ao atributo “felicidade” possuem maiores pontuações no factor 5.

- Os estudantes com um menor coeficiente de envelhecimento percebido relativamente ao atributo “sabedoria” possuem maiores pontuações no factor 5.

- Os estudantes com um maior coeficiente de envelhecimento percebido relativamente ao atributo “experiência” possuem maiores pontuações no factor 5.

Verificamos pelas relações obtidas, que os atributos “felicidade” e “sabedoria” corroboram a nossa hipótese 7. A relação obtida pelo atributo “experiência” não corrobora a nossa hipótese.

Relativamente ao grupo 70/90, os resultados obtidos significam que os estudantes com um maior coeficiente de envelhecimento percebido negativo relativamente ao atributo “felicidade” possuem maiores pontuações no quinto factor. Esta relação corrobora a nossa hipótese 7.

Tabela 38 – Análise de Regressão pelo método Stepwise, para o factor 5

N.º do Factor	Grupos Etários							
	50/70				70/90			
	Atributos	B	T	Sig.	Atributos	β	T	Sig.
Factor 5	Felicidade	-0,140	-2,431	0,016	Felicidade	-0,235	-4,171	0,000
	Sabedoria	-0,191	-2,937	0,004				
	Experiência	0,130	2,213	0,028				

Terminada a apresentação dos resultados estatísticos, estes serão analisados em

seguida, com base na vasta bibliografia consultada, com base nos trabalhos de investigação efectuados neste âmbito.

3.4 – Discussão dos Resultados

A análise descritiva e exploratória dos estereótipos põe em evidência para o contexto spatiotemporal estudado, que uma elevada percentagem da amostra estudantil concorda com todos os estereótipos de orientação positiva e discorda com a maior parte dos estereótipos de orientação negativa. Rodriguez e Postigo (2004) num estudo sobre estereótipos juvenis referentes ao envelhecimento, numa amostra de 530 jovens universitários verificaram que não existia um predomínio de estereótipos negativos, mas sim uma tendência para uma imagem mais positiva acerca dos idosos, por parte dos jovens, constatando-se que os estereótipos positivos eram os mais unanimemente compartilhados. Os nossos resultados vão assim de encontro ao pretendido pelos objectivos preconizados pelo Plano de Acção Internacional de Madrid sobre o Envelhecimento, relativamente quer “à imagem positiva do envelhecimento”, quer “ao maior reconhecimento público da autoridade, da sabedoria, da produtividade e outras contribuições importantes das pessoas idosas”, emanado pela II Assembleia Mundial para o Envelhecimento (Nações Unidas, 2002). Royo et al. (2006) referem-nos que existe actualmente um conceito mais positivo acerca da velhice, considerando que para esta visão contribuiu a evolução da ciência e dos meios tecnológicos que desaceleram o processo de envelhecimento, e o facto de vivermos num mundo em que se aceita a heterogeneidade, salientando-nos também que é visível o interesse dos idosos em melhorar continuamente a sua imagem, posição e influência social, interesse que se reflecte na sua auto-percepção e na percepção que os demais grupos etários possuem e possuirão acerca dos mesmos.

No nosso estudo a experiência, a utilidade e a sabedoria foram as três categorias de orientação positiva que mereceram uma concordância pela grande maioria da amostra (acima dos 95%), revelando que no contexto espaço-temporal estudado estava presente o respeito tido para com os idosos ao longo da história, e contemplou o reconhecimento da autoridade, a sabedoria, a dignidade e a prudência resultantes da experiência de toda uma vida, valores estes frequentemente desconsiderados por parte de algumas sociedades, como nos alertou as Nações Unidas na II Assembleia Mundial para o Envelhecimento, realizadas em 2002 em Madrid (Nações Unidas, 2002), avançando por isso com um plano de acção para evitar/minimizar tais perdas. Vários autores nas últimas duas décadas haviam alertado para a perda destes valores em sociedades ocidentalizadas, alguns dos quais avançavam mesmo com prováveis causas e efectuavam algumas sugestões de combate a esta problemática (Laforest, 1989/1991; Moragas, 1995; Palmore, 1999; entre outros).

Como constatamos, apesar de um predomínio de discordância relativamente à maioria dos estereótipos de orientação negativa, alguns persistem no contexto espaciotemporal estudado, e apesar do pequeno n.º devemos atender que o risco dos estereótipos negativos induzirem a atitudes negativas é superior à probabilidade dos estereótipos positivos induzirem a atitudes positivas, principalmente aquando de pessoas de idade mais avançada (Hummert, Garstka, Shaner, & Strahm 1995). As categorias de orientação negativa que mereceram concordância pela percentagem mais elevada da amostra referem-se a uma estereotipia de dependência da pessoa idosa (requer maior preocupação; necessidade de maior atenção; maior dependência; sofre mais de solidão que os mais jovens) e a uma estereotipia da decadência da imagem física resultante do envelhecimento primário (rugas). A estereotipia da dependência, representa a percepção da velhice como um problema social

(Fernandes, 1997), fruto das repercussões inerentes a um crescente envelhecimento demográfico, implicando a necessidade da mobilização de recursos humanos e materiais de apoio, de esforços e atenções que visem a satisfação de uma velhice que vulgarmente é erroneamente equiparada à pobreza, à falta de recursos, à solidão, à doença, à segregação, pois como nos referem vários autores, como por exemplo Serrano (2004), a maior parte das pessoas idosas goza de boa saúde física e mental, são independentes, pelo que devem renegar os mitos e os estereótipos que as caracterizam como pessoas doentes e dependentes. De referir que a dependência foi também a estereotipia psicossocial mais apontada à velhice pelos jovens (18-25 anos) e pela primeira idade adulta (26-34 anos) na investigação elaborada por Marín, Troyano e Vallejo (2001). Quanto à decadência da imagem física, esta é fortemente incutida conceptualmente pelas ciências biológicas e implicitamente ou explicitamente nas definições emanadas pelas ciências sociais (Laforest, 1989/1991), sendo encarado ao nível primário como um fenómeno universal, irreversível, deletério e intrínseco, seguindo assim uma perspectiva de unidireccionalidade de declínio própria do modelo biológico. A imagem física representa um forte impulsionador de estereótipos negativos em jovens, tal como concluíram os investigadores Hummert, Garstka e Shaner (1997), imagem veiculada intensamente pelos mass media através de uma cultura anti-envelhecimento/anti-velhice, visível pelo aumento do número de programas televisivos (sobre cirurgia plástica, estetismo, entre outros) e de campanhas publicitárias, cuja mensagem visa o combate das alterações inerentes ao envelhecimento natural, enfatizando-se a juvenilidade, a beleza física (Clara, 1999; Acosta-Orjuela, 2002).

Com base no posicionamento das respostas da amostra aos 40 estereótipos, os testes estatísticos aplicados revelam 3 grupos (clusters) de sujeitos correspondentes a distintos perfis de resposta, sendo de destacar o perfil 1 que representa o grupo de estudantes (156)

cujas respostas apresentam maioritariamente as médias mais baixas, sendo bem visível graficamente o seu posicionamento de discordância face à maioria dos estereótipos de cariz negativo, que nos permite salientar (e apenas) que este grupo corresponderá aquele que nega com mais força a estereotipia acerca das pessoas idosas. Numa amostra nitidamente jovem, várias são as variáveis em jogo que podem determinar o posicionamento deste grupo (tradições, estrutura familiar, grau de contacto íntimo com idosos, modernização, entre outras), como nos refere Neto (1992b).

Tendo por base a análise de estereótipos em função da variável “sexo”, verificamos que apenas num item de orientação negativa existe uma visão contrária entre o sexo masculino e feminino. Na verificação da hipótese 1, os testes estatísticos revelaram a existência de diferenças estatisticamente significativas para com 4 itens de orientação negativa (verificando-se para com 3 itens uma discordância por parte da maior parte da amostra de ambos os sexos, sendo apenas distinto a percentagem da amostra que discorda; enquanto para o item restante verificou-se que este corresponde ao da visão antagónica entre os sexos). A associação das rugas da pele à velhice foi o item que mereceu uma visão antagónica, verificando-se uma concordância com o mesmo pela maior parte da amostra feminina, que antagoniza com uma discordância pela maioria da amostra masculina. Segundo vários autores (Snyder & Miene, 1994; D’angelo, 2002; Garcia, 2005), a percepção dos primeiros sintomas de envelhecimento da figura corporal (cabelos brancos, rugas) implica uma conotação cultural distinta relativamente aos dois sexos, verificando-se uma maior tolerância social para com o sexo masculino. Neste sentido, como nos cita D’angelo (2002, p.33) para a sociedade erroneamente se considera “enquanto que os homens amadurecem as mulheres envelhecem”. Por outro lado, segundo a autora, o desejo da eterna juventude é um sonho masculino projectado sobre as mulheres que lhes incute

um impulso para a negação da idade, em que estas para existirem têm que mascararem-se. Os processos de mascaramento escondem desta forma, os marcadores biológicos frequentemente atribuídos ao envelhecer, à velhice, que traduzem a percepção da vinda de dificuldades (perda do poder atractivo; maior vulnerabilidade económica por parte das mulheres sem participação activa no mercado laboral; entre outras). Ainda segundo D'angelo (2002) os processos de mascaramento são alentados por uma potente industria cosmética que lhe impedem de escolherem e definirem por elas mesmas o seu autoconceito de beleza e bem-estar pessoal, por outro lado segundo a autora a “pressão social e cultural oferece pouco apoio às mulheres que gostariam de pensar e comprovar que as suas rugas e o seu cabelo branco podem ser vistos como signos de encanto, carácter e carisma” (p.33).

Marín, Troyano e Vallejo (2001) referem-nos que a percepção que cada um de nós possui acerca da velhice não é estática, esta altera-se em função da idade, dependendo da etapa evolutiva onde nos encontramos. Relativamente à existência de estereótipos em função da “idade do estudante”, na nossa amostra os testes aplicados revelaram a existência de relação entre a idade e cinco itens, verificando-se que:

- Quanto maior é a idade do estudante verifica-se uma tendência (estatisticamente pequena, mas existente) para a concordância com este estereótipo negativo. A percepção errónea de que as pessoas idosas sofrem mais de solidão que os jovens, constitui um estereótipo já referenciado na nossa cultura há alguns anos por Neto (1992a).

- Quanto maior é a idade do estudante verifica-se uma tendência (pequena, mas existente) para o reforço da concordância com o estereótipo de orientação positiva, isto é, de que as pessoas idosas são poços de sabedoria, visão esta coincidente com os resultados do estudo comparativo da variável idade quanto aos estereótipos

acerca das pessoas idosas, efectuado por Peral (2000), em que verificou que a imagem positiva tende a crescer com a idade.

- Quanto maior é a idade do estudante verifica-se uma tendência (pequena, mas existente) para a concordância (ou menor discordância) de que entrar na velhice significa retornar à infância, ideia esta que sustenta um paternalismo que tem por base o aumento da fragilidade e do grau de dependência com o avançar da idade (Neves, 2001).

- Quanto maior é a idade do estudante existe uma tendência (pequena, mas existente) para a concordância errónea de que as pessoas idosas devem evitar manipular máquinas. Palmore (1999) tendo por base vários estudos científicos efectuados no âmbito, refere-nos que apesar de com o avançar da idade existir uma lentificação da capacidade de reacção, os trabalhadores idosos trabalham tão eficazmente como os mais jovens, tendo verificado pelas estatísticas existentes para o contexto norte-americano que os trabalhadores idosos possuíam um menor número de acidentes laborais.

- Na nossa amostra, apesar de elevadíssima a percentagem de discórdia com a percepção de que a utilização da imagem do idoso deveria ser evitada nas campanhas publicitárias, o teste de hipótese aplicado revela que quanto mais elevada é a idade do estudante verifica-se um reforço da tendência para a discordância, negando assim, como nos referencia Acosta-Orjuela (2002), a actual relativa invisibilidade (sub-representação) da inclusão das pessoas idosas em campanhas publicitárias, contrastada pela difusão maciça que reverencia a juventude e a beleza física.

Quanto à existência de estereótipos em função do aluno “ter ou não estagiado com utentes idosos”, os testes estatísticos revelaram a existência de diferenças estatisticamente significativas para com 3 itens de orientação negativa, contudo apenas num item se verificou uma concordância com o mesmo, nesse item o grupo

de estudantes que estagiaram com utentes idosos (que se reportam aos estudantes do 2º, 3º e 4º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem, a quem já foi leccionado no 1º Ano uma disciplina no âmbito da gerontologia – “Enfermagem Gerontológica”, e tendo todos eles já prestado cuidados à pessoa idosa), comparativamente, concorda em maior percentagem (95,6%) de que “Ser-se idoso significa necessidade de maior atenção”. Tal percepção poderá resultar do facto de que no estágio hospitalar o aluno confronta-se directamente com idosos portadores de problemas (ex: doença, abandono familiar, entre outros), cuja institucionalização pressupõe sempre a satisfação de algum tipo de necessidade, e por outro lado, nesse meio, os alunos tal como os profissionais, com maior frequência lidam com a doença do que com o envelhecimento normal (Alves & Novo, 2006).

Quanto à existência de estereótipos em função do local de proveniência do aluno, apenas se encontrou relação de significância entre este e o estereótipo de que “A maioria das pessoas idosas é analfabeta”, verificando-se que ambos os grupos discordam em maioria, contudo esta discordância é menor por parte do grupo rural, provavelmente decorrente da percepção da existência de um maior n.º de idosos iletrados nos meios rurais, como se constatou no estudo comparativo entre idosos rurais e urbanos, efectuado por Paúl, Fonseca, Martin e Amado (2005), em que verificaram que na comunidade rural o número de iletrados era bastante superior.

Relativamente à quinta hipótese, encontrou-se relação entre a percepção de 10 itens e o facto de o estudante residir ou não com idosos no seu local de proveniência, sendo 9 de orientação negativa e um de orientação positiva. De destacar que o grupo de estudantes que reside com pessoas idosas no seu local de proveniência concorda com um maior n.º

destes itens de orientação negativa (Velhice = maior dependência; Velhice = retornar à infância; Velhice = necessidade de maior atenção; Velhice = etapa que requer maior preocupação), contudo tal ocorre pela diferença mínima, sendo no entanto de destacar que relativamente aos 3 itens de orientação negativa em que a maior parte de ambos os grupos concordam, esta percentagem foi sempre superior para o grupo dos que residem com idosos, resultados que se opõem nitidamente à teoria da hipótese de contacto social, tal como ocorreu no estudo de Revenson (1989). Na investigação realizada por Pascual et al. (1997), também estes constataram que jovens estudantes que conviviam com idosos possuíam uma pior imagem acerca da velhice, temiam-na mais, resultado este percebido, segundo os autores, como uma visão mais realista do que relativamente aqueles que não residem com idosos. De salientar que estes itens de orientação negativa que mereceram concordância por parte dos dois grupos incluem-se num componente nitidamente de estereotipia da dependência afectiva e atencional.

Entrando na discussão relativa ao segundo objectivo do nosso estudo, com base na análise das médias de intensidade percebidas pelos estudantes para os distintos atributos, a partir dos cinquenta anos e por década, destaca-se neste estudo a percepção por parte da amostra, de um declive descendente ao longo das décadas (50-90) para a maioria dos atributos das distintas dimensões (biopsicossociais), que seguem unicamente a perspectiva de unidireccionalidade própria do envelhecimento biológico e coincidente com uma visão negativa estereotipada tradicional, como nos referem Vega e Bueno (2000), e de resto contestada por diversos autores (tais como: Baltes, 1987; Birren, 1995; Fernández-Ballesteros, 2000; Sánchez & Ulacia, 2005, entre outros). Este declive é mais acentuado principalmente aquando de atributos biológicos (agilidade física, força física, capacidade de movimento, saúde física e visão), neste sentido, também Marco e Delgado

(2002) num estudo realizado em estudantes, sobre as modificações dos estereótipos relativos aos idosos, haviam verificado que a maior carga de valorizações negativas incidiam sobre a dimensão física. À excepção do declive verifica-se para com os atributos de orientação positiva (sabedoria e experiência), atributos que por diversas vezes ao longo da história da humanidade foram concedidos à imagem do idoso (Minois, 1987/1999). Vários estudos (Villar, 1995; Villar & Triadó, 1999; Rodriguez & Postigo, 2004) acerca da percepção dos distintos atributos (onde destes dois últimos atributos apenas se incluía a sabedoria em estudo) ao longo do ciclo vital, destacaram a sabedoria como o único atributo que apresentava uma ascensão contínua desde a infância até à velhice, enquanto que todos os restantes decaíam da meia-idade para a velhice. Tendo por base a média da amostra relativamente ao coeficiente de envelhecimento percebido para cada um dos distintos atributos, referentes aos dois grupos previamente definidos (50-70; 70-90), verificamos que o declive é mais acentuado na maioria dos atributos no grupo dos 70-90, indo de encontro aos resultados de Hummert (1990) que revelaram que os jovens adultos estudantes acreditavam que os estereótipos negativos eram mais característicos dos idosos de idades mais avançadas (maiores que 75 anos).

Tendo por base a visão gráfica das variáveis independentes «sexo», «estagiar ou não com idosos», «local de proveniência» e «residir ou não com utentes idosos», de um modo geral são pequenas as diferenças entre as médias dos coeficientes de envelhecimento percebido, sendo que mesmo assim, destas a variável sexo foi a que mais revelou diferenças estatisticamente significativas. Quanto à variável idade, destacam-se um grande n.º de atributos que apresentaram uma relação significativa com esta. Especificamente em relação a cada variável, é de referir:

- Para a variável sexo, destaca-se no grupo feminino uma percepção mais negativa

de alguns atributos de dimensão social, quer relativo ao grupo dos 50/70 (maiores diferenças ao nível dos atributos Prestígio social, Poder e Recursos económicos), quer relativo ao grupo dos 70/90 (maiores diferenças ao nível dos atributos, Prestígio Social e Recursos económicos), contudo também se destaca uma visão mais favorável dos atributos positivos «sabedoria» e «experiência», essencialmente quando se reportam ao grupo dos 70/90. Os nossos resultados diferem dos obtidos por Villar e Triadó (1999), dado que estes não encontraram diferenças significativas para a variável sexo relativamente ao coeficiente de envelhecimento percebido para os 16 distintos atributos colocados.

- Tendo por base a idade, constatamos relativamente ao grupo 50/70, que oito dos atributos (40% do total) apresentavam diferenças estatisticamente significativas, traduzindo que ao aumento da idade correspondia a uma percepção menos negativa acerca destas. Para o grupo 70/90, apenas a «saúde mental» e a «visão» apresentaram diferenças estatisticamente significativas, traduzindo o mesmo tipo de correlação anterior. O peso da idade pôs em evidência uma visão multidimensional unidireccional própria do modelo biológico, envolvendo a dimensão física (força física, capacidade auditiva, agilidade física e visão), a cognitiva (memória e inteligência) e a social (produtividade e recursos económicos), contudo é de salientar que neste estudo, a variável ficou consignada apenas à função de mediadora do nível da intensidade do coeficiente de envelhecimento percebido negativo.

- Para a variável “ter ou não estagiado com utentes idosos” encontrou-se unicamente diferenças estatisticamente significativas para os atributos «capacidade auditiva» e «saúde mental», aquando da percepção do grupo 50/70, isto traduz relativamente a estes uma visão contrária, isto é, os estudantes que estagiaram com utentes idosos percebem com um maior declive o primeiro atributo e com

menor declive o segundo atributo, revelando comparativamente uma maior importância (de declínio) concedida ao nível sensorial por parte dos estudantes que estagiaram com utentes idosos.

- Entre as médias dos coeficientes de envelhecimento percebido para os distintos atributos não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em função do local de proveniência do estudante, provavelmente porque residem em zonas rurais próximas da cidade (com características de local suburbano, ou porque os indivíduos acabam por se enculturar/socializar (Frost & Hoebel, 1976/1996) nas sociedades para onde vêm estudar, camuflando ou anulando as diferenças. Pensamos que isto traduz a pouca importância da inclusão deste tipo de variável nestes estudos, provável razão porque não se encontra em muitos outros estudos efectuados neste âmbito.

- Quanto a última variável independente em estudo «residir ou não com idosos», no geral, os nossos resultados não confirmam a hipótese de contacto, pois apenas se encontrou a existência de diferenças estatisticamente significativas ao nível de um atributo (agilidade física) e somente para o grupo 50/70, traduzindo que os estudantes que residem com idosos possuem uma imagem de menor declive relativamente a este atributo e para o grupo em questão. De referir que Villar (1995), ao nível da variável «contacto», havia encontrando diferenças significativas somente em 4 atributos, sendo estes maioritariamente de dimensão física, que indicavam que um menor contacto (em frequência) correspondia a um menor declive da percepção destes atributos. No mesmo âmbito, Villar e Triadó (1999) não encontrou diferenças estatisticamente significativas ao nível da variável conviver ou não com idosos.

Da abordagem da última hipótese, a análise factorial destacou da escala de estereótipos, cinco dimensões que englobam um total de 27 itens. A primeira

dimensão reporta-se a uma estereotipia do declínio cognitivo-motivacional e social. A segunda dimensão reporta-se a uma estereotipia da dependência afectiva e atencional. A terceira dimensão destacou uma estereotipia da imagem física. A quarta dimensão destacou uma estereotipia de declínio cognitivo-funcional. A quinta dimensão reporta-se ao declínio da sexualidade e perda da plasticidade. Salienta-se com base nas respostas atribuídas pelos estudantes, que a maioria da amostra situa-se acima do ponto médio da 2ª dimensão, significando que esta maioria concorda com esta dimensão. Estudos realizados neste âmbito, como por exemplo o de Marín, Troyano e Vallejo (2001) destacam a dependência como a principal estereotipia psicossocial atribuída à velhice. Os testes estatísticos aplicados no cruzamento entre os coeficientes de envelhecimento percebido para os distintos atributos e as cinco dimensões obtidas revelaram que apenas a relação encontrada ao nível da segunda dimensão corrobora na íntegra a nossa hipótese, na medida em que esta relação traduz que os estudantes com um coeficiente de envelhecimento percebido mais negativo em todos os atributos obtidos («dependência», «felicidade», «solidão» - para o grupo 50/70; «solidão», «saúde física» e «felicidade» - para o grupo 70/90), possuem pontuações mais elevadas nesta dimensão, sendo no entanto de referenciar que apesar do modelo ser significativo, a capacidade explicativa das variáveis encontradas é muito reduzida.

CONCLUSÕES, LIMITAÇÕES E SUGESTÕES

Apesar que desde a introdução do termo estereótipo por Lipmann (1922) até à actualidade, ainda não ter decorrido um centenário, distintas perspectivas teóricas acerca da sua génese/formação surgiram (perspectiva cognitiva, perspectiva psicodinâmica, perspectiva sociocultural). Para Allport (1954), os estereótipos são crenças exageradas que auxiliam as pessoas a simplificar as suas categorizações, possuam ou não um fundo de verdade, e são reforçados pelos mass media que continuamente os revivem e insistem sobre os mesmos. As suas funções podem ser individuais ou sociais.

Desde há longa data existem relatos históricos acerca da imagem do envelhecimento, da velhice e das pessoas idosas, relatos estes cuja imagem nem sempre foi coincidente com uma visão positiva, mesmo quando referentes aos primórdios dos tempos, aos primórdios bíblicos, dado que tal como nos refere Minois (1987/1999), esta imagem é dependente do contexto cultural geral onde o idoso se insere. A abordagem científica dos estereótipos no âmbito da gerontologia inicia-se somente a partir essencialmente dos finais da segunda metade do século XX, parecendo até então acompanhar o adormecimento da Psicologia referente à idade adulta e à velhice, contrastado pelo excelente desenvolvimento das Psicologias referentes à infância e à adolescência. Durante as décadas que se seguiram, a imagem social acerca da pessoa idosa foi explanada em diversos estudos científicos em diversas sociedades, cujos resultados apontavam maioritariamente para um predomínio de uma imagem de cariz negativo (Lehr, 1977/1980; Marín, Troyano & Vallejo, 2001). Predomínio este, referenciado e contestado por vários autores da literatura gerontológica (Lehr, 1977/1980; Palmore, 1988; Laforest, 1989/1991; Moragas, 1995; Belsky, 1999/2001; Motte & Tortosa, 2002; entre muitos outros), atendendo que esta pode

repercutir-se desfavoravelmente na vida do idoso, sob a forma de uma discriminação sistemática devida à idade, denominada de idadismo (Butler, 1969; Palmore, 1999), podendo levar o idoso ao isolamento, à depressão, e até mesmo ao suicídio. Esta preocupação com a imagem social do idoso ficou bem patente na II Assembleia Mundial para o Envelhecimento (Nações Unidas), realizada em Abril de 2002, que avançou com um Plano de Acção Internacional, com o intuito de promover, quer uma imagem positiva acerca do envelhecimento, quer um maior reconhecimento público da autoridade, da sabedoria, da produtividade e outras contribuições importantes das pessoas idosas.

Neste trabalho de investigação, constatamos para o contexto spatiotemporal estudado que a nossa amostra discordou maioritariamente com a maior parte dos estereótipos de orientação negativa e concordou com todos os estereótipos de orientação positiva, resultados estes que estão em consonância com o estudo de Rodriguez e Postigo (2004) e com Royo et al. (2006) que salientam a tendência actual para uma imagem mais positiva acerca da velhice. Apesar do predomínio da discordância, de alertar que neste estudo denota-se que alguns dos estereótipos persistem. As categorias de orientação negativa que mereceram concordância pela percentagem mais elevada da amostra referem-se a uma estereotipia de dependência da pessoa idosa (requer maior preocupação; necessidade de maior atenção; maior dependência; sofre mais de solidão que os mais jovens) e a uma estereotipia da decadência da imagem física resultante do envelhecimento primário (rugas).

Atendendo ao posicionamento das respostas da amostra aos 40 estereótipos, os testes estatísticos revelaram 3 grupos (clusters) de sujeitos correspondentes a distintos perfis de resposta, do qual se destaca o perfil 1 que representa o grupo de estudantes (156) cujas respostas apresentam maioritariamente as médias mais baixas, sendo bem visível

graficamente o seu posicionamento de discordância face à maioria dos estereótipos de orientação negativa, que nos permite salientar (e apenas) que este grupo corresponderá aquele que nega com mais força a estereotipia acerca das pessoas idosas.

Das várias hipóteses traçadas em função das distintas variáveis independentes relativamente à escala de estereótipos, constatou-se que alguns dos estereótipos persistem em manter-se no contexto estudado. O sexo feminino revelou um maior n.º de estereótipos de orientação negativa, decorrente da maior atribuição dos sintomas físicos de envelhecimento da figura corporal à etapa da velhice. Quanto à variável idade do aluno, o seu aumento traduz uma tendência (estatisticamente pequena, mas existente) para: a concordância de que as pessoas idosas sofrem mais de solidão que os jovens; a concordância (ou menor discordância) de que as pessoas idosas devem evitar manipular máquinas; para a concordância (ou menor discordância) de que entrar na velhice significa retornar à infância; para a maior discordância (ou menor concordância) de que a imagem das pessoas idosas não deve ser utilizada em campanhas publicitárias; para o reforço da concordância com o estereótipo de orientação positiva de que as pessoas idosas são poços de sabedoria. Quanto à existência de estereótipos em função do aluno ter ou não estagiado com utentes idosos, destaca-se que o grupo dos alunos que já efectuaram estágio com utentes idosos, comparativamente, concorda em maior percentagem (estatisticamente significativo) de que “Ser-se idoso significa necessidade de maior atenção”. Quanto ao local de proveniência apenas se encontrou relação de significância relativamente à maior percentagem de discordância por parte dos alunos provenientes do meio urbano com o estereótipo de que “A maioria das pessoas idosas é analfabeta”. Relativamente à variável “residir ou não com idosos”, verificou-se que o grupo de estudantes que reside com pessoas idosas no seu local de proveniência concorda

com um maior n.º de itens de orientação negativa (maior dependência, retornar à infância; necessidade de maior atenção; etapa que requer maior preocupação).

Das médias de intensidade de coeficiente de envelhecimento percebido pelos estudantes para os distintos atributos, a partir dos cinquenta anos e por década, destaca-se neste estudo a percepção por parte da amostra, de um declive descendente ao longo das décadas (50-90) para a maioria dos atributos das distintas dimensões (biopsicossociais), que seguem unicamente a perspectiva de unidireccionalidade própria do envelhecimento biológico e coincidente com uma visão negativa estereotipada tradicional, visão esta contestada desde há imenso tempo por vários autores (tais como: Baltes, 1987; Birren, 1995; Fernández-Ballesteros, 2000; Sánchez & Ulacia, 2005, entre outros). Tendo por base a percepção relativa à delimitação prévia de dois grupos etários (50/70 e 70/90) constata-se ainda um declive mais acentuado na maioria dos atributos para o grupo dos 70/90. Relativamente às variáveis independentes são muito pequenas as diferenças obtidas entre as médias dos coeficientes de envelhecimento percebido, sendo que mesmo assim, destas a variável sexo e a variável idade foram as que mais revelaram diferenças estatisticamente significativas.

Na abordagem da última hipótese em estudo, a análise factorial destacou da escala de estereótipos, cinco dimensões (denominadas de: estereotipia do declínio cognitivo-motivacional; estereotipia da dependência afectiva e atencional; estereotipia da deterioração da imagem física; estereotipia do declínio cognitivo-funcional; estereotipia do declínio da sexualidade e perda da plasticidade) que englobam um total de 27 itens, que correspondem na totalidade a uma escala de estereótipos de orientação negativa. Da análise das cinco dimensões, verificou-se que para a segunda dimensão (estereotipia da dependência afectiva e atencional), a maioria da amostra situa-se acima do ponto

médio, o que traduz uma concordância da amostra para com esta dimensão. Do cruzamento entre os coeficientes de envelhecimento percebido para os distintos atributos (correspondente às variáveis independentes) e às cinco dimensões obtidas (correspondente às variáveis dependentes), a nossa última hipótese é corroborada na íntegra apenas ao nível da segunda dimensão, significando tal, que a um coeficiente de envelhecimento percebido mais negativo nos atributos «dependência», «felicidade» e «solidão», para o grupo 50/70, e nos atributos «solidão», «saúde física» e «felicidade», para o grupo 70/90, corresponde a pontuações mais elevadas nesta dimensão, contudo a capacidade explicativa das variáveis encontradas é muito reduzida.

Relativamente às limitações, de salientar que sendo a amostra obtida constituída na sua maioria por jovens (pois 92,27% possuem menos de 25 anos), tal limita a extrapolação dos resultados para outros grupos etários de idades superiores. Também dado que os resultados obtidos referem-se à recolha de dados num determinado contexto spatiotemporal, e sendo que os estereótipos são fortemente influenciados principalmente por parte dos mass media, bem como pelo contexto sócio-cultural onde se produzem, tal significa que estes não devem ser generalizados a outros contextos. Apesar disso, é de referir que a elevada mutabilidade dos estereótipos pode representar uma vantagem, na medida em que se trabalharmos correctamente os factores que os influenciam poderemos favorecer a imagem positiva acerca do envelhecimento, bem como acerca do que representa ser-se idoso. Pensamos que seria importante em futuras investigações deste âmbito, optar-se por um tipo de amostragem estratificada (por grupos etários), envolvendo uma maior população, e incluindo outras variáveis independentes (ex: estrutura familiar; grau de contacto com a população idosa, entre outras) que nos permitissem descortinar o posicionamento das respostas aos estereótipos que correspondem a distintos perfis.

A evolução das sociedades traduz também o respeito tido para com todos os seus membros, independentemente da idade que possuam. Neste sentido, evitar e combater a discriminação devido à idade deve constituir um dever cívico, que pressupõe antes de mais combater os estereótipos de orientação negativa que teimosamente e injustificadamente se mantêm na sociedade actual, bem como pela prevenção da reactivação dos mesmos, nesse sentido sugere-se:

- Primariamente ao nível político-social, a elaboração e implementação de um Plano Nacional Gerontológico que contemple: a promoção da imagem positiva do ser-se idoso, da velhice; a promoção e a utilização do elevado potencial de contribuição dos idosos como membros de uma sociedade, destacando os seus valores, a sua experiência de vida, a sua sabedoria, entre outros; a promoção dos benefícios de uma saudável relação entre gerações; a promoção do espírito de solidariedade entre gerações.

- Maior difusão através dos mass media de medidas que promovam as imagens positivas acerca do envelhecimento, bem como o maior reconhecimento público da autoridade, da sabedoria, da produtividade e outras contribuições consideradas de extrema importância acerca das pessoas idosas, tal como preconizado pelo Plano de Acção Internacional, emanado em 2002 pelas Nações Unidas.

- Alteração da presente forma de difusão por parte da maioria dos mass media (TV, rádio, internet, jornais, entre outros), no sentido de que esta inclua, divulgue e destaque nas suas mensagens a heterogeneidade (variabilidade interindividual) e a multi-direccionalidade próprias de qualquer grupo de idosos, sem utilizar conteúdos discriminatórios.

- Envolvência da comunidade científica na abordagem de distintas temáticas gerontológicas/geriátricas, quer através dos mass media, quer através da realização de fóruns, jornadas, congressos, entre outros, pois desta forma desmistifica-se as concepções erróneas e injustificadas e credibiliza-se a veiculação da informação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Acosta-Orjuela, G.M. (2002). Os idosos e a Mídia: Usos, Representações e Efeitos. In E.V. Freitas, L. Py, F.A.X Cançado, M. Gorzoni, & S. M. Rocha (eds.), *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (1.^a ed.). Rio de Janeiro: Editora Guanabara.

Aday, L.A (1996). *Designing and conducting health surveys: A comprehensive guide* (2.^a ed). São Francisco: Jossey-Bass Publishers.

Aledo, L.D. (2003). Los mayores en los médios de comunicación. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 13 (4), 283-284.

Almeida, L.S., & Freire, T. (2001). Escalas de Avaliação: Construção e Validação. In E. Fernandes, & L. Almeida (eds.), *Métodos e Técnicas de avaliação: Contributos para a prática e investigação psicológicas*. Braga: Universidade do Minho.

Almeida, L.S., & Freire, T. (2003). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação* (3.^a ed.). Braga: Editora Psiquilíbrios.

Almeida, M.L. (1999). Crenças acerca do envelhecimento humano. *Revista Referência*, 3, 7-14.

Allport, G. (1954). *The Nature of Prejudice*. Massachusetts: Addison-Wesley Publishing Company.

- Allport, G. (1973). *Personalidade: Padrões e desenvolvimento*. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária Lda. (Trabalho original em inglês publicado em 1961)
- Alves, J.F, & Novo, R.F. (2006). Avaliação da discriminação social de pessoas idosas em Portugal. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, (6), 65-77.
- Atkinson, R.L., Atkinson, R.C., Smith, E.E, Bem, D., & Nolen-Hoeksema, S. (2002). *Introdução à Psicologia*. Artemed. (Trabalho original em inglês publicado em 1999)
- Ballone, G. (2002). *Sexo nos Idosos*. Consultado em 08 de Outubro de 2005, em PsiqWeb: <http://sites.uol.com.br/gballone/sexo/sexo65.html>
- Baltar, A. L. (2004). *Edadismo: consecuencias de los estereotipos, del prejuicio y la discriminación en la atención a las personas mayores. Algunas pautas para la intervención*. Consultado em 15 de Outubro de 2005, em Portal Mayores: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/losada-edadismo-01.pdf>>
- Baltes, P. B. (1987). Theoretical Propositions of Life-Span Developmental Psychology: On the Dynamics Between Growth and Decline. *Developmental Psychology*, 23, 611-626.
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The

model of selective optimization with compensation. In P. B. Baltes & M. M. Baltes (eds.), *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences*. New York: Cambridge University Press.

Bean, C. (2003). *Meeting the Challenge: Training an Aging Population to Use Computers*.

Consultado em 15 de Outubro de 2006, em Digital Library of information Science and Technology:

<http://dlist.sir.arizona.edu/archive/00000260/>

Beauvoir, S. (1983). *La vejez*. Barcelona: Edhasa. (Trabalho original em francês publicado em 1970)

Belsky, J. (2001). *Psicología del envejecimiento*. Madrid: Thomson Editores Spain. (Trabalho original em inglês publicado em 1999)

Berger, L., & Mailloux-Poireier, D. (1995). *Pessoas idosas – uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidactica.

Birren, J. (1995). Nouveaux modèles du vieillissement: dès efforts créatures et de besoin d'aller plus loin. *La Revue Canadienne du Vieillessement*, 14, 4-6.

Birren, J., & Schroots, J. (1996). History, concepts, and theory in the psychology of aging. In J. Birren & K.W. Schaie (eds.), *Handbook of the psychology of aging* (4.^a ed.). San diego: Academic Press.

- Borge, M., Hernández, M., & Egea, M. (2000). *Proceso de envejecer: cambios físicos, cambios psíquicos, cambios sociales*. Consultado em 10 de Dezembro de 2005, em Sociedad Española de Enfermería Geriátrica e Gerontológica:
<http://www.arrakis.es/~seegg/pdflibro/Cap2.pdf>
- Brundtland, G. (1999). Envelhecimento: destruindo os mitos. *Revista Enfermagem*, 15, 50-59.
- Buendía, J., & Riquelme, A. (1994). Envejecimiento y Depresión. In J. Buendía (ed.), *Envejecimiento y Psicología de la Salud*. Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores, SA.
- Butler, R.N. (1969). Age-ism: Another form of bigotry. *The Gerontologist*, 9, 243-246.
- Cantera, I. (2002). II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. *Revista Española de Geriatria e Gerontología*, 37, 3-6.
- Carmo, H., & Ferreira, M. (1998). *Metodologia da Investigação – guia para auto-aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Carrajo, M.R. (1999). *Sociologia de los mayores*. Salamanca: Publicaciones Universidad Pontificia.
- Carroza, T.G (2003). *Heteroestereotipos Y Autoestereotipos sociados A La Vejez En*

Extremadura, Tese de doutoramento não publicada, Universidade de Extremadura, Cáceres.

Carvalho, P. M. (1989). *A magia da idade*. Coimbra: Edição do Autor.

Castro, F. V., Díaz, A. V. D., & Vega, J. L. V. (1999). *Construcción Psicológica de la Identidad Regional*. Badajoz: Diputación Provincial de Badajoz.

Clara, J.G. (1999). Projecto de uma unidade de assistência médica a doentes idosos e de ensino da geriatria. *Revista Portuguesa de Medicina Geriátrica*, 119, 5-15.

Costa, A. (2005). A Depressão nos idosos portugueses. In C. Paúl & A. M. Fonseca (eds.), *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores.

Costa, M.A. (1999). Questões demográficas: repercussões nos cuidados de saúde e na formação dos enfermeiros. In A. Costa et al. (eds.), *O Idoso: problemas e realidades*. Coimbra: Editora Formasau.

Covas, M.M. (2006, Janeiro). *A sociedade sénior – limitações, desafios e perspectivas*. Comunicação apresentada no II Fórum “A arte de envelhecer: retracto actual e desafios”, Bragança.

D’angelo, V.M (2001). *Mujeres mayores en el siglo XXI: De la invisibilidad al protagonismo*. Madrid: Instituto de Migraciones Y Servicios Sociales.

- Delgado, A., & Prieto, G. (2003). *Introducción a los Métodos de Investigación de la Psicología*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Devine, P. (1989). Stereotypes and prejudice: their automatic and controlled components. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 5-18.
- Dorai, M. (1988). Qu'est-ce qu'un stéréotype? Contribution à la définition d'un concept. *Enfance*, 41, 45-54.
- Erikson, E. H. (1963). *Childhood and society*. New York: Norton.
- Erikson, E. H. (1982). *The life cycle completed*. New York: Norton.
- Erikson, E. H. (2000). *El ciclo vital completado*. Barcelona: Editorial Paidós. (Trabalho original em inglês publicado em 1997)
- Ermida, J.G. (1995). Envelhecimento demográfico, doença e cuidados de saúde. In P. Reis (ed.), *Temas geriátricos*. Lisboa: Prismédica.
- Ermida, J.G. (1999). Processo de envelhecimento. In A. Costa et al. (eds.), *O Idoso: problemas e realidades*. Coimbra: Editora Formasau.
- Fernandes, P. L. (1995). *A depressão no idoso*. Dissertação de Mestrado em Planificação, Desenho e Investigação em Serviços Sociais, apresentada à Universidade de extremadura.

- Fernandes, A.A. (1997). *Velhice e sociedade*. Oeiras: Celta Editora.
- Fernández-Ballesteros, R., Hernández, J.M., Izal, M., Montorio, I., Llorente, G., Pozo, C., & Calle, A. (1992). *Mitos Y Realidades sobre la Vejez y la Salud*. Barcelona: Fundación Caja de Madrid.
- Fernández-Ballesteros, R. (2000). Gerontología Social. Una Introducción. In R. Fernández-Ballesteros (ed.), *Gerontologia Social*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Filho, E.T., & Alencar, Y. M. (1998). Teorias do envelhecimento. In E. Filho & M. Netto (eds.), *Geriatría, clínica e terapêutica*. São Paulo: Editora Atheneu.
- Fonseca, A. M. (2004). *O Envelhecimento: Uma abordagem Psicológica*. Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Fontaine, R (2000). *Psicologia do envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores. (Trabalho original em francês publicado em 1999)
- Fortin, M. F. (1999). *O Processo de Investigação: Da concepção à realização*. Loures: Lusociência. (Trabalho original em francês publicado em 1996)
- Frost, E. L., & Hoebel, E.A. (1996). *Antropologia Cultural e Social*. São Paulo: Editora Cultrix. (Trabalho original em inglês publicado em 1976)
- Garcia, J.L. (2005). *La Sexualidad y la afectividad en la vejez*. Consultado em 30 de Junho

de 2006, em Portal Mayores:

<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/garcia-sexualidad-01.pdf>

García, M. (2000). Psicología de la vejez: el funcionamiento cognitivo. In R. Fernández-Ballesteros (ed.), *Gerontologia social*. Madrid: Ediciones Pirámide.

Garcia-Marques, T., & Garcia-Marques, L. (2003). Mal pensa quem não repensa: Introdução ao estudo dos estereótipos sociais numa perspectiva cognitiva. In T. Garcia-Marques e Garcia-Marques (eds.), *Estereótipos e Cognição Social*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

González, H., & Ramos, F. (1994). La Sexualidade en la Vejez. In J. Buendía (ed.), *Envejecimiento y psicología de la salud*. Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores, SA.

Grácio, E. I. (1999). Apoio social e financeiro na terceira idade. In A. Costa et al. (eds.), *O Idoso: problemas e realidades*. Coimbra: Editora Formasau.

Granjel, L.S. (1991). *Historia de la vejez: Gerontología. Gerocultura. Geriatria*. Salamanca: Ediciones Universidad de Salamanca.

Granjel, L.S. (2004). Apuntes para una historia de la vejez. *Monografías Humanitas*, 1, 21-26.

- Grazina, M.M., & Oliveira, C.R. (2001). Aspectos bioquímicos do envelhecimento. In M. Pinto (ed.), *Envelhecer vivendo*. Coimbra: Editora Quarteto.
- Hale, N.M. (1998). Effects of age and interpersonal contact on stereotyping of the elderly. *Current Psycholog: Developmental, Learning, Personality, Social*, 17(1), 28-48.
- Hamilton, D.L., & Gifford, R.K. (1976). Illusory correlations in interpersonal perception: A cognitive basis for stereotypic judgements. *Journal of Experimental Social Psychology*, 12, pp. 392-407.
- Hamilton, D.L., & Rose, T. (1980). Illusory correlation and the maintenance of stereotypic beliefs. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39, pp. 832-845.
- Hayflick, L. (1999). *Cómo y Por qué Envejecemos*. Barcelona: Editorial Herder, S.A. (Trabalho original em inglês publicado em 1996)
- Hill, M., & Hill, A. (2005). *Investigação por questionário* (2.^a ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Hummert, M.L. (1990). Multiple stereotypes of elderly and young adults: A comparison of structure and evaluations. *Psychology and Aging*, 5, 182-193.
- Hummert, M.L., Garstka, T.A., Shaner, J.L., & Strahm, S. (1995). Judgments about stereotypes of the elderly: Attitudes, age associations, and typicality ratings. *Research on Aging*, 17, 168-189.

Hummert, M. L., Garstka, T. A., & Shaner, J. (1997). Stereotyping of older adults: The role of target facial cues and perceiver characteristics. *Psychology and Aging*, 12, 107–114.

Hummert, M.L. (1999). Age stereotyping: Social cognitive and developmental issues. In T. M. Hess & F. Blanchard-Fields (eds.), *Social cognition and aging* (pp. 175-196). New York: Academic Press.

Instituto de Migraciones Y Servicios Sociales (2003). *Seminário Internacional sobre la Vejez como uma Etapa de Desenvolvimento Pessoal*. Consultado em 15 de Janeiro de 2006, em Portal Mayores:

<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/imserso-seminario-01.pdf>

Instituto Nacional de Estatística (2002a). *Censos 2001*. Consultado em 8 Setembro de 2002, em Instituto Nacional de Estatística:

<http://www.ine.pt/prodserv/destaque/d021021/d021021.html>.

Instituto Nacional de Estatística (2002b). *Censos 2001. Resultados definitivos*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.

Instituto Nacional de Estatística (2002c). *O Envelhecimento em Portugal: Situação demográfica e socio-económica recente das pessoas idosas*. Consultado em 18 de Abril de 2007, em Instituto Nacional de Estatística:

http://www.ine.pt/portal/page/portal/PORTAL_INE/Estudos?ESTUDOSest_boui=1

06499&ESTUDOSmodo=2

Instituto Nacional de Estatística (2005). *Dia Internacional do Idoso*. Consultado em 2 de Janeiro de 2006, em Instituto Nacional de Estatística:

<http://www.ine.pt/prodserv/destaque/2005/d050928/d050928.pdf>

Izal, M., & Montorio, I. (1991). *Cuestionario sobre estereotipos hacia la vejez*. Trabalho não publicado. Faculdade de Psicologia. Universidade Autónoma de Madrid.

Izal, M., & Montorio, I. (1999). *Gerontología conductal*. Madrid: Editorial Síntesis.

Kalish, R. (1996). *La Vejez. Perspectivas sobre el desarrollo humano* (2.^a ed.). Madrid: Ediciones Pirámide. (Trabalho original em Inglês publicado em 1982)

Katz, D., & Braly, K. W. (1933). Racial stereotypes of one hundred college students, *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 28, 280-290.

Kirkwood, T. (2000). *El fin del envejecimiento*. Barcelona: Tusquets Editores. (Trabalho original em inglês publicado em 1999).

Krejcie, R.V., & Morgan, D.W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30, 607-610.

Laforest, J. (1991). *Introducción a la Gerontología: El arte de envejecer*. Barcelona:

Editorial Herder. (Trabalho original em francês publicado em 1989)

Lehr, U (1980). *Psicología de la Senectude*. Barcelona: Editorial Herder. (Trabalho original em francês publicado em 1977)

Lehr, U., & Pohlmann, S. (2004). Participación de las personas mayores en el mercado de trabajo y en la sociedad. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 39 (3), p.180-184.

Leme, L.E.G. (1996). A Gerontologia e o Problema do Envelhecimento. Visão Histórica. In M. P. Netto (ed.), *Gerontologia: A Velhice e o Envelhecimento em visão Globalizada*. São Paulo: Editora Atheneu.

Levet, M. (1998). *Viver Depois dos 60 Anos*. Lisboa: Instituto Piaget. (Trabalho original em francês publicado em 1995)

Levy, B., Slade, M., Kunkel, S., & Kasl, S. (2002). Longevity increased by positive self-perceptions of aging. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83, 261-270.

Lippmann, W. (1922). *Public Opinion*. Consultado em 10 de Janeiro de 2006, em Project Gutenberg:
<http://www.gutenberg.org/dirs/etext04/pbpnn10.txt>

Llera, F.G. (2005). Geriatria: definiciones y conceptos. In J. Núñez (ed.), *Geriatria desde el principio* (2.^a ed.). Barcelona: Editorial Glosa.

Machado, J.P. (2005). *O Grande Livro dos Provérbios* (3.^a ed.). Cruz Quebrada: Editorial Notícias.

Magalhães, C. (2003). *Representação Social da Velhice em Enfermeiros*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Social, apresentada à Universidade Fernando Pessoa. Porto.

Marco, J.M., & Delgado, J.B. (2002). *Modificación de los estereotipos sobre los mayores: análisis del cambio de actitudes*. Consultado em 15 de Novembro de 2005, em Portal Mayores:
<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/imserso-estudiosidi-09.pdf>

Marín, M., Troyano, Y., & Vallejo, A. (2001). Percepción Social de la Vejez. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 11 (2), 88-90.

Medina, J. J. (2003). *El reloj de la edad*. Barcelona: Editorial Crítica. (Trabalho original em Inglês publicado em 1996)

Mena, M.J., Palacios, C.S., & Trianes, M.V. (2005). Cuestionario de evaluación de estereotipos negativos hacia la vejez. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 15 (4), 212-220.

Milán, J.C., Aguiar, L., Pernas, M., Malmierca, M.J.R., Orive, P., & Tobío, J.G. (2003). Los mayores y las nuevas tecnologías. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*,

13 (1), 37-42.

Minois, G. (1999). *História da Velhice no Ocidente: da Antiguidade ao Renascimento*.

Lisboa: Editorial Teorema, Lda. (Trabalho original em francês publicado em 1987).

Miranda, J. (1996). Estereótipos Sociais: Definições e abordagens. *Revista da Associação Portuguesa de Psicologia*, XI, 101-120.

Moñivas, A. (1998). Representaciones de la vejez (modelos de disminiución y de crecimiento). *Revista Anales de psicología*, 1 (14), 13-25.

Montorio, I., Trocóniz, M.I.F., Colodrón, M.S., & Losada, A. (2002). Dependencia y autonomia funcional en la vejez. La profecía que se autocumple. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 12 (2), 61-71.

Moragas, R. (1995). *Gerontología Social. Envejecimiento y calidade de vida*. Barcelona: Editorial Herder.

Nações Unidas (2002). *Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento*.

Consultado em 10 Fevereiro de 2006, em Nações Unidas:

<http://www.un.org/spanish/envejecimiento/documents.htm>

Nahemow, L., & Pousada, L. (1987). *Diagnóstico geriátrico*. São Paulo: Organização Andrei Editora.

- Neri, A. L. (2006). Atitudes em Relação à Velhice: Questões Científicas e Políticas. In E.V. Freitas, L. Py, F.A.X. Cançado, J. Doll, & M. L. Gorzoni (eds.), *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (2.^a ed.). Rio de Janeiro: Editora Guanabara.
- Neugarten, B. L., Havighurst, R. J., & Tobin, S. S (1968). Personality and patterns of aging. In B. L. Neugarten (ed.), *Middle age and aging: A reader in social psychology*. Chicago: University of Chicago Press.
- Neugarten, B. L. (1974). Age Groups in American Society and the Rise of the Young Old. *Annals of the Academy of Social and Political Science*, 415, 187 - 98.
- Neugarten, L. (1999). *Los significados de la edad*. Barcelona: Editorial Herder, S.A. (Trabalho original em inglês publicado em 1996)
- Neugarten, B. L., Havighurst, R. J., & Tobin, S. S (1999). Desconexión, Personalidad y Satisfacción vital en los últimos años de vida. In B. L. Neugarten (ed.), *Los significados de la edad*. Barcelona: Editorial Herder, S.A. (Trabalho original em inglês publicado em 1996)
- Neto, F. (1992a). *Solidão, embaraço e amor*. Porto: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.
- Neto, F. (1992b). Estereótipos etários: Abordagem intercultural. *Psychologica*, 8, 81-94.
- Neto, F. (2002). *Psicologia Intercultural*. Lisboa: Universidade Aberta.

- Neves, M. P. (2001). Degenerescência ou crescimento. *Revista Humanidades*, 4, 38-39.
- Nina, E., & Paiva, C. (2001). Idosos rurais e urbanos: estudo comparativo. *Revista Portuguesa de Medicina Geriátrica*, 138, 9-32.
- Oliveira, J. H. B. (2005). *Psicologia do envelhecimento e do idoso*. Porto: Legis Editora.
- Palma, E. M. (1999). A família com idosos dependentes. Que expectativas? *Revista Enfermagem*, 15, 27-40.
- Palmore, E. (1977). Facts on aging: A short quiz. *The Gerontologist*, 17, 315-320.
- Palmore, E. (1980). The Facts on aging Quiz: A review of findings. *The Gerontologist*, 20, 669-672.
- Palmore, E. B. (1988). *The Facts on Aging Quiz: a handbook of uses and results*. New York: Springer Publishing Company, Inc.
- Palmore, E. B. (1998). *The Facts on Aging Quiz* (2.^a ed.). New York: Springer Publishing Company, inc.
- Palmore, E. B. (1999). *Ageism. Negative and Positive* (2.^a ed.) New York: Springer Publishing Company, inc.
- Palmore, E. (2001). The ageism survey: first findings. *The Gerontologist*, 41(5), 572-575.

- Pascual, J. L., Vicario, C., Corino, J., & Fernández, R. (1997). Qué opinan los jóvenes de los ancianos? *Revista ROL*, 232, 66-69.
- Parente, S. (2005). *O Livro dos Provérbios*. Lisboa: Ancora Editora.
- Paúl, M.C. (1996). *Psicologia dos idosos: o envelhecimento em meios urbanos*. Braga: Sistemas Humanos e Organizacionais.
- Paúl, M.C. (1997). *Lá para o fim da vida*. Coimbra: Livraria Almedina.
- Paúl, M.C. (2000). Estereótipos sobre os Idosos. *Cidade Solidária*, 5(3), 50-56.
- Paúl, M.C. (2005). A Construção de um Envelhecimento Humano. In C. Paúl & A. M. Fonseca (eds.), *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Paúl, M.C., Fonseca, A.M., Martin, I., & Amado, J. (2005). Satisfação e Qualidade de Vida em Idosos Portugueses. A Construção de um Envelhecimento Humano. In C. Paúl & A. M. Fonseca (eds.), *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Peral, J.M. (2000). Estereotipos hacia los ancianos. Estudio comparativo de la variable edad. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 53 (3), 489-501.
- Pérez, F. P. (2004). *Por qué Envejecemos? Cómo añadir años a la vida y vida a los años*. Valderrodrigo: Ediciones Eneida.

- Pereira, A. (1999). *Guia Prático de utilização do SPSS. Análise de dados para ciências sociais e psicologia*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Pereira, D. (2001). *Adágios Quase Clínicos*. Alverca: Edição DMTP.
- Pestana, M., & Gageiro, J. (2000). *Análise de Dados para Ciências Sociais: A Complementaridade do SPSS* (2.^a ed.). Lisboa: Edições Sílabo, LDA.
- Petrie, A., & Sabin, C. (2001). *Compêndio de estatística médica*. Lisboa: Instituto Piaget.
(Trabalho original em inglês publicado em 2000)
- Pimentel, L. (2001). *O lugar do idoso na família: contextos e trajectórias*. Coimbra: Editora Quarteto.
- Pinquart, M. (2002). Good News About the Effects of Bad Old-Age Stereotypes. *Experimental Aging Research*, 28, 317-336.
- Pinto, A. (2001). Envelhecimento: das teorias à fisiopatologia. In A. Pinto (ed.), *Envelhecer Vivendo*. Coimbra: Editora Quarteto.
- Pinto, M. M. (2001). O fenómeno da longevidade. In A. Pinto (ed.), *Envelhecer vivendo*. Coimbra: Editora Quarteto.
- Poesschl, G. (2006). *Análise de dados na investigação em Psicologia. Teoria e prática*. Coimbra: Editora Almedina.

- Reis, J. (1995). O envelhecimento. In P. Reis (ed.), *Temas geriátricos*. Lisboa: Prismédica.
- Reis, J. (2000). Para um prolongamento da esperança de vida com saúde no limiar do novo milénio. *Revista Portuguesa de Medicina Geriátrica*, 127, 13-20.
- Rendas, A. B. (2001). Adaptações Normais e Patológicas do Organismo Humano durante o envelhecimento – Idade Biológica / Idade Cronológica. In A. Pinto (ed.), *Envelhecer vivendo*. Coimbra: Editora Quarteto.
- Revenson, T. (1989), Compassionate stereotyping of elderly patients by physicians revising the social contact hypothesis. *Psychology and Aging*, 4(2) 230-234.
- Ribeiro, J. L. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Climepsi editores.
- Ribeiro, M. (2003). *Provérbios e Adágios Populares* (2.^a ed.). Lisboa: Planeta Editora.
- Roach, S. (2003). *Introdução à Enfermagem Gerontológica*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A. (Trabalho original em Inglês publicado em 2001)
- Robert, L. (1995). *O Envelhecimento: Factos e Teorias*. Lisboa: Instituto Piaget. (Trabalho original em francês publicado em 1995)
- Roberts, R.E., Kaplan, G.A., Shema, S. J. & Strawbridge, W.J. (1997). Prevalence and correlates of depression in an aging cohort: the Alameda County Study. *Journals of*

Gerontology, 52B, S252-S258.

Rodríguez, A. (1994). Dimensiones Psicosociales de la Vejez. In J. Buendía (eds.), *Envejecimiento y Psicología de la Salud*. Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores, SA.

Rodríguez, J.A (2000). Vejez y Sociedad: dimensiones psicosociales. In R. Fernández-Ballesteros (ed.), *Gerontología social*. Madrid: Ediciones Pirámide.

Rodríguez, J. M., & Postigo, J. M. L. (2004). *Psicología de la vejez: estereotipos juveniles sobre el envejecimiento*. Cuenca: Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha.

Royo, M.T.B., Sanz, B.G., Rodríguez, G.H., López, J.L., Rey, M.J.L., Calenti, J.C.M., & Álvarez, O.T. (2006). Sociología de la vejez. In J. C. M. Calenti, (ed.), *Principios de Geriátría y Gerontología*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana de España, S.A.U.

Rosa, M. (1987). *Psicología evolutiva* (2.^a ed.). Petrópolis: Editora Vozes.

Rossell, N. Y. (2004b). Hipótesis psicológicas, biológicas y sociológicas. In M. A. Rico, N. Y. Rossell & R. R. Herrera (eds.), *Introducción a la Psicogerontología*. Madrid: Ediciones Pirámide.

Rowe, J.W., & Kahn, R.L. (1997). Successful Aging. *The Gerontologist*, 37, 433-440.

Sagega, M. (1992). *El edadismo: contra "jóvenes" y "viejos", la discriminación universal*. Madrid: Editorial Fundamentos.

Sánchez, F.L., & Ulacia, J. C. (2005). *Sexualidad en la Vejez* (2.^a ed.). Madrid: Ediciones Pirámide.

Santos, A. A. (2001). A genética e o processo de envelhecimento. In M. Pinto (ed.), *Envelhecer Vivendo*. Coimbra: Editora Quarteto.

Schwartz, L. K., & Simmons, J. P. (2001). Contact quality and attitudes toward the elderly. *Educational Gerontology*, 27, 127-137.

Serrano, G. P. (2004). Estereotipos, Vejez y Bienestar Social. In G. Serrano (Ed.), *Calidad de Vida en Personas Mayores*. Madrid: Editorial Dykinson, S. L.

Silva, A. S. (1995). A ética e os cuidados de enfermagem ao doente idoso. *Revista Enfermagem em Foco*, 19, 31-34.

Snyder, M., & Miene, P. (1994). On the functions of stereotypes and Prejudice. In M.P. Zanna & J.M. Olson (eds.), *The Psychology of Prejudice*. New Jersey: Lawrence Erlbaum, 7, 33-54.

Tajfel, H. (1982). *Grupos Humanos e categorias Sociais*. Lisboa: Livros Horizonte, vol.1. (Trabalho original em inglês publicado em 1981)

- Tortosa, J. M., & Motte, C. A. M. (2002). Envejecimiento Social, In J. M. Tortosa (ed.), *Psicología del Envejecimiento*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Vega, J., & Bueno, B. (2000). *Desarrollo Adulto y Envejecimiento*. Madrid: Editorial síntesis, S.A.
- Victor, C.R., Scambler, S.J., Bowling, A., & Bond, J. (2005). The prevalence of, and risk factors for, loneliness in later life: a survey of older people in Great Britain. *Ageing & Society*, 25, 357-375.
- Villar, F. (1995). Percepción de patrones de envejecimiento: Unidireccionalidad o multidireccionalidad? *Anuario de Psicología*, 66, 65-81.
- Villar, F. (1996). Atitude hacia el envejecimiento. *Revista Gerontol*, 6, 199-201.
- Villar, F. (1998). *Representación social del envejecimiento*, Tese de doutoramento, apresentada à Universidad de Barcelona. Barcelona.
- Villar, F., & Triadó, C. (1999). Teorías implícitas del cambio evolutivo en diferentes cohortes: representación de pérdidas y ganancias en la adultez. *Revista Infancia y Aprendizaje*, 86,73-90.
- Villar, F., & Triadó, C. (2000) Conocimiento sobre el envejecimiento: adaptación del FAQ (Facts on Aging Quiz) y evaluación en diferentes cohortes. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 41, 244-256.

- Villar, F. (2001). Tiene sentido la formación en la vejez? Las nuevas tecnologías como ejemplo paradigmático. *Revista Comunicación y pedagogía: Nuevas tecnologías y recursos didácticos*, 173, 57-62.
- Villar, F. (2003). Personas mayores y ordenadores: Valoración de una experiencia de formación. *Revista española de geriatría y gerontología*, 38, 86-94.
- Worobey, J.L., & Angel, R.J. (1990). Functional Capacity and Living Arrangements of Unmarried Eldery Persons. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 45, S95-101.
- Zimerman, G (2000). *Velhice: aspectos biopsicossociais*. Porto Alegre: ArtMed Editora.

ANEXOS

ANEXO I – Instrumento de colheita de dados

UNIVERSIDADE DA EXTREMADURA

Doutoramento em Gerontologia Social

QUESTIONÁRIO

Doutorando:
Carlos Pires Magalhães

Orientadores:
Professora Doutora Constança Paúl
Professor Doutor Florencio Vicente Castro

OUTUBRO, 2005

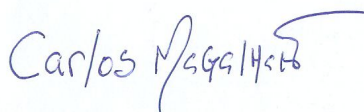
Caro Aluno(a)

O presente questionário enquadra-se numa investigação a desenvolver no âmbito do doutoramento em Gerontologia Social, em que se pretende investigar as percepções que predominam acerca das pessoas idosas. Encontra-se dividido em três partes, a primeira destina-se à recolha de dados que visam a caracterização da amostra. Na segunda pretende-se recolher a percepção acerca das pessoas idosas. Por fim, na terceira parte pretendemos obter a percepção gráfica que os estudantes possuem, acerca do padrão de envelhecimento humano dos distintos atributos (saúde física, saúde mental, força física, capacidade de movimento, capacidade auditiva, felicidade, prestígio social, produtividade, agilidade física, poder, recursos económicos, esperança, visão, inteligência, memória, sabedoria, beleza, experiência, dependência e solidão) que ocorrem a partir da quinta década de vida.

Solicitamos a sua colaboração no preenchimento das questões que se seguem. Este questionário é **absolutamente anónimo** e será tratado de forma **confidencial**. Responda a todas as questões com a máxima sinceridade e espontaneidade, pois aqui não existem respostas certas ou erradas, boas ou más, apenas se pretende que as respostas traduzam a sua percepção.

Caso seja do seu interesse, os resultados estarão disponíveis após a conclusão do mesmo.

Antecipadamente agradecido

O Doutorando: 

1 – Dados pessoais

Coloque uma **cruz (X)** na opção que melhor se adequa à sua situação e escreva a sua resposta nos espaços em branco existentes para o efeito.

1.1 Sexo:

- a) Masculino
 b) Feminino

1.2 Idade ____ Anos

1.3 Curso que frequenta _____ Ano ____

1.4 Proveniência:

- a) Zona rural
 b) Zona urbana

1.5 Reside com idosos (entendido cronologicamente como pessoas com idade igual ou superior a 65 anos) na sua habitação de proveniência?

- a) Sim
 b) Não

Se respondeu que sim, indique o n.º de idosos _____

2 – Percepções acerca das pessoas idosas

Assinale com uma **cruz (X)** a resposta que corresponda à sua opinião, tendo em consideração as seguintes categorias:

	1	2	3	4
	Discordo bastante	Discordo	Concordo	Concordo bastante
01 - Regra geral, ser-se idoso significa ser-se doente.				
02 - As pessoas idosas são incapazes de mudar e adaptar-se a novas situações. ...				
03 - As pessoas idosas têm pouco ou nenhum desejo sexual.				

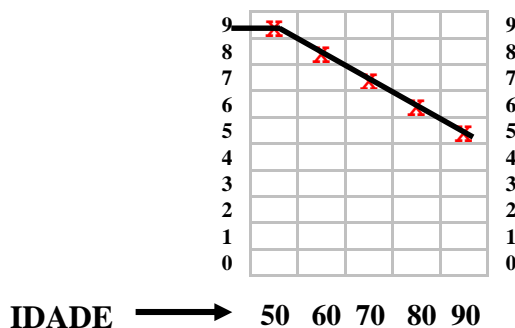
	1	2	3	4
	Discordo bastante	Discordo	Concordo	Concordo bastante
04 - As pessoas idosas sofrem mais de solidão que os jovens.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05 - As pessoas idosas são poços de sabedoria.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06 - As pessoas idosas geralmente são pessoas tristes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07 - As pessoas idosas são improdutivas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08 - A maior parte das pessoas idosas são carinhosas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09 - O grupo das pessoas idosas tende a assemelhar-se fisicamente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 - Regra geral a velhice constitui a etapa de maior dependência.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 - Os idosos são incapazes de aprenderem coisas novas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 - Pensar na velhice significa pensar na morte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 - Velhice é sinónimo de decadência física.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 - As pessoas idosas são incapazes de pensar com clareza.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 - As pessoas idosas podem ser muito úteis à sociedade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 - A depressão é característica comum das pessoas idosas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 - As pessoas idosas temem as novas tecnologias.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 - A maioria das pessoas idosas está senil (isto é, está demente – significa estar mentalmente débil, diminuído intelectualmente, desorientado).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 - Quando vejo rugas da pele lembra-me a velhice.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 - O grupo das pessoas idosas tende a assemelhar-se em comportamentos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 - Velhice é sinónimo de decadência psíquica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 - Entrar na etapa da velhice significa retornar à infância.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 - Pensar em velhice significa pensar em abandono social.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24 - Velhice representa não ter nada para fazer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25 - Velhice é sinónimo de decadência social.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26 - Ser-se idoso significa necessidade de maior atenção.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27 - Velhice representa uma etapa que requer maior preocupação.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28 - Tornar-se idoso significa perder a capacidade de memória.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29 - Os idosos podem ser bons cuidadores de crianças.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30 - Se eu fosse técnico de marketing, nas campanhas publicitárias evitava a utilização da imagem do idoso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	1	2	3	4
	Discordo bastante	Discordo	Concordo	Concordo bastante
31 - Idoso significa maior experiência de vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32 - Os idosos não têm capacidade para manter uma erecção.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33 - Quando penso na fisionomia da pessoa idosa recorda-me alguém com óculos e/ou bengala.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34 - As pessoas idosas não devem desempenhar tarefas que exigem uma maior destreza manual.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35 - As pessoas idosas devem evitar manipular máquinas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36 - As pessoas à medida que envelhecem tornam-se menos inteligentes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37 - Quando penso nas alterações físicas naturais inerentes à etapa da velhice, penso em cabelos brancos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38 - Regra geral as pessoas idosas são feias.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39 - A maior parte dos idosos não aceita a opinião dos outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40 - A maioria das pessoas idosas é analfabeta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3 – Percepção gráfica acerca do padrão de desenvolvimento humano de determinadas características a partir da quinta década de vida.

Seguidamente vai encontrar uma série de escalas parecidas a esta:

Exemplo: ESTATURA

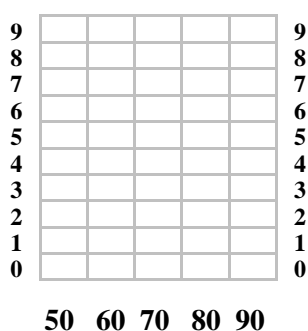


Na parte superior encontra-se uma característica (neste exemplo, referente à “*estatura*”) e por baixo encontramos o ciclo de vida a partir dos 50 anos, dividido em décadas e por níveis de intensidade de zero (0) a nove (9), **em que a pontuação (0) equivale ao mínimo de intensidade**

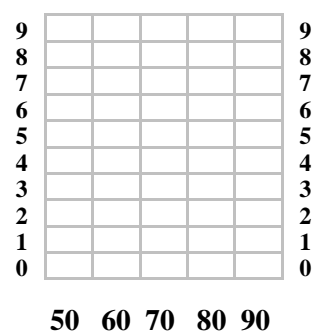
e a pontuação (9) corresponde ao máximo. Assim, o referido exemplo percebe que regra geral as pessoas diminuem de estatura a partir de cerca dos 60 anos (fruto do estreitamento entre as vértebras dorso-lombares – isto é, por encurvamento da coluna), representado em termos gráficos através de uma recta com uma inclinação negativa, pois até aí e desde cerca dos 20 anos, regra geral as pessoas mantêm a estatura máxima atingida (nível 9), representado por uma recta sem inclinação.

Seguidamente solicitamos-lhe que estime o nível de intensidade para cada uma das seguintes características, nesse sentido coloque **uma cruz (X)** em cada década de vida, o correspondente à sua percepção dessa característica nesse intervalo e **no final una as cruzes com uma linha**, tal como no exemplo apresentado. As duas últimas características (dependência e solidão) são de carácter negativo, os valores máximos correspondem respectivamente ao máximo de dependência e solidão.

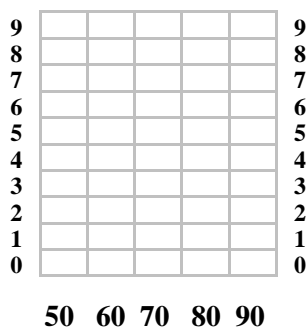
1 - SAÚDE FÍSICA



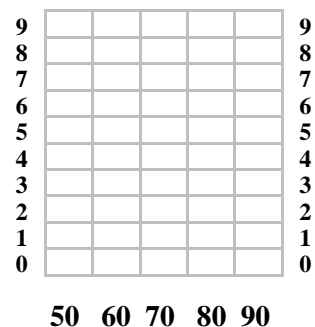
2 - SAÚDE MENTAL



3 - FORÇA FÍSICA



4 - CAPACIDADE DE MOVIMENTO



5 - CAPACIDADE AUDITIVA

9						9
8						8
7						7
6						6
5						5
4						4
3						3
2						2
1						1
0						0

50 60 70 80 90

6 - FELICIDADE

9						9
8						8
7						7
6						6
5						5
4						4
3						3
2						2
1						1
0						0

50 60 70 80 90

7 - PRESTIGIO SOCIAL

9						9
8						8
7						7
6						6
5						5
4						4
3						3
2						2
1						1
0						0

50 60 70 80 90

8 - PRODUTIVIDADE

9						9
8						8
7						7
6						6
5						5
4						4
3						3
2						2
1						1
0						0

50 60 70 80 90

9 - AGILIDADE FÍSICA

9						9
8						8
7						7
6						6
5						5
4						4
3						3
2						2
1						1
0						0

50 60 70 80 90

10 - PODER

9						9
8						8
7						7
6						6
5						5
4						4
3						3
2						2
1						1
0						0

50 60 70 80 90

11 - RECURSOS ECONÓMICOS

9						9
8						8
7						7
6						6
5						5
4						4
3						3
2						2
1						1
0						0

50 60 70 80 90

12 - ESPERANÇA

9						9
8						8
7						7
6						6
5						5
4						4
3						3
2						2
1						1
0						0

50 60 70 80 90

13 - VISÃO

9					9
8					8
7					7
6					6
5					5
4					4
3					3
2					2
1					1
0					0

50 60 70 80 90

14 - INTELIGÊNCIA

9					9
8					8
7					7
6					6
5					5
4					4
3					3
2					2
1					1
0					0

50 60 70 80 90

15 - MEMÓRIA

9					9
8					8
7					7
6					6
5					5
4					4
3					3
2					2
1					1
0					0

50 60 70 80 90

16 - SABEDORIA

9					9
8					8
7					7
6					6
5					5
4					4
3					3
2					2
1					1
0					0

50 60 70 80 90

17 - BELEZA

9					9
8					8
7					7
6					6
5					5
4					4
3					3
2					2
1					1
0					0

50 60 70 80 90

18 - EXPERIÊNCIA

9					9
8					8
7					7
6					6
5					5
4					4
3					3
2					2
1					1
0					0

50 60 70 80 90

19 - DEPENDÊNCIA

9					9
8					8
7					7
6					6
5					5
4					4
3					3
2					2
1					1
0					0

50 60 70 80 90

20 - SOLIDÃO

9					9
8					8
7					7
6					6
5					5
4					4
3					3
2					2
1					1
0					0

50 60 70 80 90

Data actual: __/__/2005
Local de Preenchimento _____

ANEXO II – Autorização para aplicação do questionário nas escolas
seleccionadas