



**Autoconceito e Percepção sobre o Envelhecimento dos
Profissionais que Lidam Diariamente com o Idoso**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

José Manuel Rodrigues Sousa
MESTRADO EM PSICOLOGIA DA EDUCAÇÃO



UNIVERSIDADE da MADEIRA

A Nossa Universidade

www.uma.pt

Setembro | 2012

Ma

Aut

Autoconceito e Percepção sobre o Envelhecimento dos Profissionais que Lidam Diariamente com o Idoso

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

José Manuel Rodrigues Sousa

MESTRADO EM PSICOLOGIA DA EDUCAÇÃO

ORIENTAÇÃO
Maria João Beja

**Dedico este trabalho
À minha família, aos amigos
e namorada pelo tempo que nos foi privado...**

Agradecimentos

Este espaço é dedicado àqueles que deram a sua contribuição para que esta dissertação fosse realizada. A todos eles deixo aqui o meu agradecimento sincero.

- ❖ À Professora Doutora Maria João Beja pelo seu acompanhamento, apoio, orientação e cedência do Questionário de Percepção sobre o Envelhecimento (QPE). Contribuiu muito para o meu desenvolvimento pessoal.
- ❖ À Professora Doutora Rosa Ferreira Novo pela cedência da escala de Autoconceito.
- ❖ À Directora do Lar Bela Vista Dra. Isabel Duarte por autorizar a recolha de dados na sua instituição.
- ❖ À Dra. Marta Freitas e Dra. Isabel Sponsor pelo apoio na organização e recolha de dados no Lar Bela Vista.
- ❖ Aos funcionários do Lar Bela Vista por assentirem dar o seu contributo neste estudo, sem os quais este seria impossível de se realizar.
- ❖ Finalmente, gostaria de deixar três agradecimentos muito especiais à minha colega e amiga Natalie Santos, à minha namorada Tânia Vieira e à minha enorme mãe Lígia Sousa pela grande ajuda que sempre me deram.

*Respeitar as pessoas idosas é
tratar do próprio futuro com respeito.*

(Autor desconhecido)

RESUMO

O presente estudo tem como principal objectivo explorar a relação entre o autoconceito e a percepção sobre o envelhecimento dos funcionários de uma instituição de 3ª idade que têm um contacto directo com o idoso no exercício das suas funções.

Participaram no estudo 148 sujeitos, 135 do sexo feminino e 12 do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 21 e os 65 anos.

Para a avaliação do autoconceito foi utilizada a Escala de Autoconceito, versão portuguesa em fase experimental (Novo, 2002) da Tenesse Self-Concept Scale (TSCS:2) de Fitts e Warren (1996), enquanto para avaliar a percepção sobre o envelhecimento foi administrado o Questionário de Percepções sobre o Envelhecimento, versão portuguesa em fase experimental (Beja & Franco, 2009) do Aging Perceptions Questionnaire (APQ) de Barker, O'Hanlon, McGee, Hickey e Conroy (2007).

Os resultados deste estudo demonstram que os adultos com mais idade apresentam uma percepção do envelhecimento mais negativa e têm um autoconceito mais fraco, principalmente a nível físico e académico. Por outro lado, os indivíduos com mais habilitações académicas e formação na área de saúde têm uma percepção sobre o envelhecimento mais positiva.

Quanto à relação entre autoconceito e percepção sobre o envelhecimento, os sujeitos com um autoconceito mais forte apresentam uma percepção sobre o envelhecimento mais positiva.

Palavras-Chave: Envelhecimento, Idoso, Autoconceito, Percepção sobre o Envelhecimento, Cuidador Formal.

ABSTRACT

The main aim of the present study is to explore the relation between the self-concept and the perception of a third age institution's workers over aging, particularly those who have direct contact with the elderly while performing their duties.

A hundred and forty-eight individuals took part in this study (a hundred and thirty-five females and twelve males) with ages between 21 and 65 years old.

The Self-Concept Scale (TSCS:2) Fitts & Warren (1996) was used to evaluate the Self-Concept in its trial Portuguese version (Novo, 2002) and to analyze the Aging Perception it was applied the trial Portuguese version of the Aging Perception Questionnaire (APQ, Barker, O'Hanlon, McGee, Hickey and Conroy, 2007) by Beja & Franco (2009).

The outcome of this study shows that, as the age advances, the Aging Perception is more negative, there is a Self-Concept decline, mostly in a physical and academic level. On the other hand, the individuals with higher education and training in the health area perceive aging more positively.

Regarding the relation between the Self-Concept and Aging Perception, the individuals with a stronger Self-Concept have a more positive Aging Perception.

Key-words: Aging, Elderly, Self-Concept, Aging Perception, Formal Caregiver.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	3
Capítulo I. Envelhecimento	4
Capítulo II. Autoconceito	9
Capítulo III. Percepção sobre o envelhecimento	14
Capítulo IV. Uma abordagem sobre os profissionais que prestam cuidados ao idoso	19
II. ESTUDO EMPÍRICO.....	21
Capítulo V. Metodologia	22
1. Objectivos e hipóteses	22
2. Amostra.....	23
3. Instrumentos de recolha de dados	25
4. Procedimento de recolha de dados	32
5. Procedimentos estatísticos	33
Capítulo VI. Apresentação e discussão dos resultados	35
1. Análise Descritiva	35
2. Análise inferencial e correlacional	38
3. Regressão Múltipla: Preditores das representações emocionais do envelhecimento	56
III. CONCLUSÕES.....	60
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	64
ANEXOS	74

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1: Resumo de alguns estudos em relação às características psicométricas da TSCS 27	
-------------------------------------------------------------------------------------------	--

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Descrição da amostra	24
Tabela 2. Coeficientes de <i>alpha</i> de Cronbach da TSCS:2	27

Tabela 3. Correlação (Spearman) das dimensões internas da TSCS:2	28
Tabela 4. Correlação (Spearman) das dimensões externas da TSCS:2.....	28
Tabela 5. Coeficientes de <i>alpha</i> de Cronbach do QPE	31
Tabela 6. Correlação (Spearman) das dimensões externas da QPE.....	31
Tabela 7. Medidas de tendência central e de dispersão das pontuações brutas das dimensões da TSCS:2.....	35
Tabela 8. Medidas de tendência central e dispersão das dimensões do QPE.....	37
Tabela 9. Medidas de dispersão e resultados do teste Kolmogorov-Smirnoff ao nível da escala TSCS:2	39
Tabela 10. Medidas de dispersão e resultados do teste Kolmogorov Smirnoff ao nível do QPE	39
Tabela 11. Diferenças entre os adultos jovens e os adultos de meia idade ao nível da percepção sobre o envelhecimento	40
Tabela 12. Diferenças entre o género feminino e masculino ao nível da percepção sobre o envelhecimento	44
Tabela 13. Resultados do teste Kruskal Wallis das diferenças de percepção sobre o envelhecimento em função das habilitações literárias	45
Tabela 14. Resultados dos testes <i>U</i> Mann-Whitney das diferenças de percepção sobre o envelhecimento em função das habilitações literárias	46
Tabela 15. Diferenças entre os adultos jovens e os de meia idade ao nível do autoconceito (dimensões com distribuição normal) em função da idade	48
Tabela 16. Diferenças entre os adultos jovens e os de meia idade ao nível do autoconceito (dimensões com distribuição não-normal) em função da idade	49
Tabela 17. Correlações de Spearman entre o autoconceito e a percepção sobre o envelhecimento	51
Tabela 18. Resultado do teste <i>U</i> Mann-Whitney ao nível da percepção do envelhecimento em função da formação na área de saúde	54
Tabela 19. Resumo dos modelos de regressão múltipla para variáveis sociodemográficas e dimensões do autoconceito como preditores da representação emocional	56

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Gráfico dos valores médios das dimensões do QPE, em função da idade	41
Figura 2. Gráfico do número médio de alterações de saúde, em função da idade.....	42
Figura 3. Gráfico dos valores médios em % da dimensão Identidade, em função da idade ..	42

Figura 4. Gráfico das médias nas dimensões do QPE com diferenças ao nível das habilitações académicas	46
Figura 5. Gráfico do número de alterações de saúde, em função das habilitações.....	47
Figura 6. Gráfico da dimensão Identidade, em função das habilitações	47
Figura 7. Gráfico da média das notas T das dimensões do autoconceito, em função da idade	50
Figura 8. Média das notas T das dimensões externas do autoconceito, em função da idade .	50
Figura 9. Gráfico das médias das dimensões da percepção sobre o envelhecimento, em função da formação na área de saúde.....	54
Figura 10. Gráfico do número de alterações de saúde experienciadas em função da formação na área da saúde	55
Figura 11. Gráfico da dimensão Identidade, em função da formação na área da saúde	55
Figura 12. Gráfico de dispersão dos resíduos em relação a variável dependente representações emocionais	58
Figura 13. Histograma da distribuição dos resíduos em relação a variável dependente representações emocionais	58

INTRODUÇÃO

Nos tempos actuais, com a evolução das tecnologias e da qualidade de vida, o ser humano aumentou a sua esperança de vida (esperança média de vida atinge os 79 anos em Portugal, Instituto Nacional de Estatística – INE, 2011) e com a diminuição da taxa de natalidade os países enfrentam um aumento da população idosa, invertendo assim a pirâmide etária (da Silva, 2009).

Hoje em dia, a velhice é uma etapa do ciclo de vida cada vez mais longa, acrescentando a importância do desenvolvimento de estratégias para conhecer como cada indivíduo percebe o seu próprio envelhecimento, pois, esta percepção não só irá influenciar o seu processo de envelhecimento como também poderá influenciar os cuidados e as atitudes para com os idosos (Ballesteros, 2000).

A percepção sobre o envelhecimento é produto de mitos, crenças, ideias, preconceitos e estereótipos (Levy, Slade, Kunkel, & Kasl, 2002) que igualmente estão na base da formação do autoconceito de cada pessoa. O autoconceito ajuda-nos a perceber diversos aspectos ou etapas do ciclo de vida que o ser humano poderá vivenciar.

Das diversas etapas que o indivíduo poderá alcançar, a velhice poderá ser aquela que é percebida como tendo mais aspectos negativos. É neste âmbito que a sociedade tem que desenvolver intervenções precoces com o intuito de alterar a percepção sobre o envelhecimento tornando esta percepção mais positiva, que terá repercussões no seu bem-estar psicológico, influenciando-o na sua saúde (Levy et al., 2002).

No primeiro plano de acção internacional das Nações Unidas sobre o envelhecimento elaborado em 1982 já era dada a devida importância à forma positiva de encarar o envelhecimento, e foram realizados trabalhos através dos meios de comunicação no sentido de desfazer os mitos sobre o envelhecimento promovendo imagens de pessoas mais velhas com uma maior autonomia e que contribuíssem de forma activa para a sociedade (Organização Mundial de Saúde – OMS, 2002).

Trabalhar directamente com pessoas idosas requer conhecimentos e competências específicas, bem como uma predisposição com vista a humanizar as tarefas a executar sabendo que os profissionais também podem ter atitudes negativas em relação aos idosos (Ballesteros, 2000). Esta investigação está ancorada no pressuposto de que a forma como os profissionais percebem a velhice é produto de experiências de vida, educação, valores, localização geográfica, cultura, entre outros, que também são alicerces do autoconceito.

Sabendo que um bom autoconceito é de vital importância para o bem-estar físico e psicológico de cada pessoa (Roid & Fitts, 1989) e que esse bem-estar pode influenciar positivamente a percepção do envelhecimento de cada indivíduo (Barker, O'Hanlon, McGee, Hickey, & Conroy, 2007), o presente estudo pretende explorar a relação entre o autoconceito e a percepção sobre o envelhecimento e a influência de algumas variáveis sócio demográficas na formação dos mesmos. Demakakos, Hacker, e Gjonça (2006) defendem que as experiências de envelhecimento e a formação das auto-percepções de envelhecimento de cada indivíduo constituem um processo dinâmico influenciado pelo *Self*, pela sociedade e pelas suas interações.

Uma vez que à velhice estão associados estereótipos, preconceitos e mitos, a implementação de medidas de intervenção deverá ser a nível educacional e acções de sensibilização de forma a alterar a imagem criada pela sociedade sobre o envelhecimento e sobre o idoso, para que assim, o envelhecimento de cada pessoa seja um processo mais digno e aceite com outro olhar.

Este trabalho encontra-se estruturado em duas partes sendo a primeira referente à revisão bibliográfica do enquadramento teórico no qual se baseia esta investigação, enquanto a segunda é dirigida ao estudo empírico.

O enquadramento teórico é formado por quatro capítulos: o capítulo I apresenta algumas considerações gerais sobre o envelhecimento; o capítulo II aborda o Autoconceito; o capítulo III a Percepção sobre o Envelhecimento e no capítulo IV, é efectuada uma abordagem sobre os profissionais que prestam cuidados ao idoso. Em cada um dos capítulos é apresentada a perspectiva de alguns autores e o resultado de alguns estudos sobre estas temáticas.

Na segunda parte, capítulo V denominado por estudo empírico, é apresentada a metodologia em que foi suportada a investigação. Neste capítulo é referido o modelo de análise em que se baseou este estudo, os objectivos e hipótese da análise, a caracterização da amostra do estudo, os instrumentos, o procedimento de recolha de dados, e os procedimentos estatísticos.

O capítulo VI apresenta os resultados que permitem confirmar ou infirmar as hipóteses preconizadas para o estudo, e sua discussão com estudos já realizados. Na última parte deste trabalho são apresentadas as conclusões, as limitações deste estudo, as implicações práticas e investigações futuras.

I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Capítulo I. Envelhecimento

A população idosa ocupa cada vez mais um papel fundamental na estrutura demográfica mundial, verificando-se uma inversão das pirâmides etárias na generalidade dos países desenvolvidos (da Silva, 2009).

As profundas modificações sociais vivenciadas já em meados do século XX, com as grandes conquistas na área da medicina, alimentação, higiene, moradia e trabalho, reflectiram-se no aumento da expectativa de vida ao nascer, ou seja, no prolongamento da vida humana (Mennocchi & Leite, 2009).

Já em 2002, o INE referia que projecções das Nações Unidas para a população mundial indicavam que a percentagem de jovens estava a diminuir progressivamente e que poderá alcançar os 21% do total da população em 2050 e que a população idosa, estava a crescer, podendo atingir os 15,6% no mesmo ano.

A população idosa mantém a tendência crescente em consequência das tendências de diminuição da fecundidade e de aumento da longevidade, o que faz com que dentro de aproximadamente 15 anos, um em cada cinco portugueses tenha 65 ou mais anos (Fonseca, 2005).

A estrutura demográfica de Portugal, tal como a dos restantes estados membros da União Europeia, caracteriza-se também pelo envelhecimento da população. Resultados do INE (2006) referiam que a população idosa em Portugal em 2004 atingia os 17%, ultrapassando a média estimada para a União Europeia (16,5%) referente ao mesmo ano, enquanto em 2008 as estimativas indicavam que os idosos (≥ 65 anos) constituíam cerca de 17,6 % da população portuguesa (INE, 2009).

Dados dos censos de 2011 divulgados pelo INE, mostram que a população residente em Portugal em 2011 é de 10.561.614 habitantes, tendo o grupo de sujeitos de 65 e mais anos 2.017.268 habitantes residentes, o que corresponde a 19.1 % da população, tornando-o o segundo grupo etário mais representativo em Portugal.

O índice de envelhecimento (idosos / jovens x 100) tem vindo a aumentar, constatação patente nos dados retirados dos censos de 2011 que referem que este índice já atingiu os 129.6 % (Base de dados Portugal Contemporâneo, PORDATA, 2011).

Pelas projecções do Departamento de Estatística da União Europeia (Eurostat), Portugal será o quarto país da União Europeia com maior número de idosos podendo atingir 31.9 % da população (Fonseca, 2004).

É de realçar que os resultados dos estudos demográficos acima expostos foram baseados numa determinada definição de idoso. No entanto no decurso da história já foram criadas concepções diferentes e mesmo antagónicas de idoso.

Busse (citado por Novo, 2003) menciona que há estudos que referem que pessoas idosas são aquelas com mais de 65 anos, enquanto outros referem que são a partir dos 75 anos. Os americanos subdividiram os idosos em três grupos: dos 65 aos 75 anos são considerados “*eldery*”, acima dos 75 anos “*aged*” e acima dos 90 anos são considerados “*very old*”.

A velhice, para as sociedades modernas industrializadas, é vista como um tempo de relaxamento forçado, esperando que as pessoas com mais de 60 anos se comportem de forma sossegada e que entrem na reforma. Por esta razão, alguns autores (Bromley; Decker; Kermis; Rebok; Ward) citados por Stuart-Hamilton (2002), consideram a idade cronológica dos 60 / 65 anos como o início da velhice.

A OMS (2002) define como idoso qualquer indivíduo a partir de 65 anos, independentemente do sexo e estado de saúde. Em Portugal, consideram-se pessoas idosas os indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos, que é a idade de reforma (INE, 2002). Considerar a pessoa “velha” a partir dos 65 anos já é um critério antigo, pois na Alemanha, já em 1880, era essa a idade do início de certos benefícios sociais (Otto Von Bismarck, citado por Spar & La Rue, 2005).

Fonseca (2004) refere que alguns autores fizeram a diferenciação de categorias de idades onde propuseram três idades, sendo elas a idade biológica (sistemas vitais do organismo), a idade psicológica (capacidades psicológicas e competências pessoais) e a idade sócio cultural (papéis sociais, comportamentos, hábitos e estilos do indivíduo na sociedade onde está inserido) o que demonstra que existem outras idades para além da cronológica.

Para Laidlaw e Pachana (2009), a idade cronológica não é apenas um índice de progressão biológica, mas também um reflexo de determinada cultura, pois, a mesma, é bem menos informativa do que um entendimento das experiências sociais, culturais e tecnológicas, ao longo de gerações. No entanto, Costa (2002) defende que as definições de envelhecimento e de idoso continuarão a evoluir com o conhecimento implicando sempre relações com o tempo.

A velhice já é estudada e abordada na literatura da antiga Grécia e Roma, no entanto, está cheia de espaços vazios na literatura científica, mesmo sendo a velhice e a idade adulta

as fases de vida com maior duração. É a partir da segunda metade do século XX que começaram a ser estudadas de uma forma sistemática (Novo, 2003).

Birren (citado por Novo, 2003) afirmou que para além dos trabalhos pioneiros de G.Hall, de 1922, de Buhler, Jung e W. Miles, ambos de 1933, os estudos teóricos desta área tiveram um início mais incisivo a partir da II Guerra Mundial.

Baltes, Reese, e Lipsitt, (citados por Fonseca, 2004), referem que o desenvolvimento humano é determinado pela acção conjunta de influências normativas (ligadas à história e / ou à idade) e também às não normativas (acontecimentos de vida inesperados).

Falar de velhos e de velhice pode referir-se à idade cronológica ou à idade biológica. A velhice é um conceito historicamente construído que se integra activamente na dinâmica das atitudes e dos valores culturais da sociedade (Cachioni & Aguilar, 2008).

A psicologia parte das várias definições de idade para caracterizar as grandes diferenças inter-indivíduos no processo de envelhecimento, havendo a perspectiva de tempo que sustenta o conceito de idoso, idade e envelhecimento.

Simões (1982) relata que as pessoas envelhecem a ritmos diferentes, que o envelhecimento é processado de forma diferenciada de indivíduo para indivíduo, e cita Botwinick quando expõe que as pessoas idosas apresentam mais diferenças entre si do que os indivíduos mais jovens.

A idade cronológica é dos índices mais fáceis de determinar, útil mas não explica nada, sendo apenas um indicador do tempo de vida. No entanto, é uma referência necessária à investigação, sendo as designações atribuídas a cada idade, aos diversos sub-grupos e às fronteiras entre eles influenciáveis pela respectiva cultura e autores de um determinado país (Novo, 2003).

As abordagens sobre o desenvolvimento humano alicerçam os fundamentos conceptuais essenciais para a compreensão do processo de envelhecimento nas componentes biológicas, psicológicas e sócio culturais (Novo, 2003). O estudo de qualquer um destes fenómenos está subjacente à uma psicologia de ciclo de vida salientando a plasticidade intra-individual que potencializa a capacidade adaptativa do indivíduo.

Oliveira (2005) refere que há uma idade psicológica, expondo que há velhos precoces e outros cheios de robustez, uns com entusiasmo outros com depressão, uns com expectativas, outros com preconceitos familiares e da sociedade em geral, e ainda há uma influência a nível cultural, pois, nas sociedades africanas e orientais o velho é olhado com prestígio enquanto nas ocidentais, fruto de uma visão de falta de produtividade, o velho é desvalorizado.

Cavanaugh (1999) refere que as teorias do envelhecimento podem ser agrupadas em três teorias: ciências biológicas, ciências comportamentais (psicológicas) e ciências sociais.

As teorias das ciências biológicas consideram o envelhecimento como um processo exclusivamente associado às mudanças físicas ou biológicas; As teorias psicológicas descrevem as mudanças que ocorrem com o tempo e a idade no funcionamento psicológico; e as ciências sociais tentam dar resposta ao que ocorre socialmente ao sujeito à medida que envelhece, havendo uma perspectiva que se centra na adaptação do indivíduo ao seu processo de envelhecimento e outra que relaciona o seu envelhecimento ao sistema social das sociedades (Vallespir & Morey, 2007).

Robert (citado por Oliveira, 2005) refere que o envelhecimento consiste numa perda progressiva e irreversível da capacidade de adaptação do organismo às condições mutáveis do meio ambiente considerando-o um processo complexo, específico de cada pessoa, contínuo, e irreversível.

Autores como Cerqueira, Figueiredo, e Sousa (2004) mencionam que o envelhecimento foi visto durante muito tempo como um fenómeno patológico relacionado com o desgaste dos órgãos e das sequelas das doenças adquiridas na infância e na idade adulta. Hoje em dia, é considerado um processo multifactorial que é acompanhado por uma deterioração física que poderá ser considerada primária e natural ou secundária, aquela que advém de alguma patologia (Cerqueira et al., 2004)

De acordo com Netto (1996), se os conceitos sobre velhice não são unânimes, muito menos são nas diferentes camadas sociais e geográficas, tanto nacionais como mundiais sendo difícil obter unanimidade de opiniões dos vários intervenientes.

Para Fonseca (2004), o mais importante é compreender de que forma o comportamento humano é afectado pelas experiências que ocorrem ao longo do tempo, sendo que a idade cronológica só explica uma parte do processo de envelhecimento.

Abeles (1987) relata que o envelhecimento desenvolve-se ao longo do ciclo de vida classificando este processo como:

- Multidimensional (psicológico, social, biológico e funcional);
- Multidireccional (tomando rumos diferentes de sujeito para sujeito);
- Multideterminado (influência de diferentes factores no seu processo de maturação).

Desta forma, à medida que as pessoas envelhecem, alguns acontecimentos normativos, sociais e institucionais, e não normativos tais como a morte, a guerra, as

depressões económicas, e a fome poderão provocar alterações na forma de envelhecer, daí a necessidade de ser compreendido como um processo contínuo (Fonseca 2004).

É perante toda esta complexidade que um modelo de envelhecimento bem-sucedido não pode seguir estratégias. Há uma variabilidade do processo de envelhecimento dos indivíduos que não permitem uniformizar a forma como o processo se desenvolve, e sendo assim, encontrar um caminho para envelhecer com êxito consiste numa tarefa de natureza individual, devendo a sociedade proporcionar a cada indivíduo os recursos necessários que lhe permitam envelhecer com satisfação (Baltes & Baltes, 1993).

Pimentel (2001) refere que o processo de envelhecimento varia não só de acordo com os estilos de vida, mas também com os meios científicos e tecnológicos da época e da cultura onde o indivíduo está inserido.

Na actualidade é aceite que o processo de envelhecimento é uma experiência dependente dos processos biológicos e psicológicos, da história única de vida do indivíduo, das atitudes e expectativas deste, dos ideais da sociedade e da cultura onde está inserido (Coleman, 1995).

Capítulo II. Autoconceito

O interesse pelo autoconceito e o reconhecimento da sua importância na vida das pessoas não é recente, tendo vindo a ser estudado desde a antiguidade por filósofos teólogos e outros teóricos, no entanto, é só com os trabalhos de William James citado por Marsh e Hattie (1996), que se assiste a uma abordagem psicológica deste conceito.

O autoconceito é utilizado nas ciências sociais com vários significados existindo uma enorme quantidade de conceitos relacionados que podem ser definidos de forma semelhante tais como “*self-knowledge*”, “*self-system*” e “*self-description*” (Novo, 2003).

James (citado por Oliveira, 2005) distingue dois aspectos fundamentais do *self*, o “Eu” enquanto sujeito e o “Eu” enquanto objecto. O “Eu” enquanto sujeito é aquele que organiza e interpreta de forma subjectiva a experiência do sujeito, é o conhecedor, construindo o “Eu” enquanto objecto, posteriormente denominado de autoconceito, sendo um sistema dinâmico e complexo de crenças a respeito de si mesmo feito de emoções, motivações e avaliações.

No início do século XX o conceito de autoconceito começa a ser aceite por ser considerado um preditor de conduta para alguns modelos teóricos. Maslow e Erikson (citados por Greenwald & Pratkanis, 1984), sobre o desenvolvimento da Identidade, reconhecem a procura de um sentido para o *self* como algo fundamental para que o ser humano se desenvolva de forma saudável.

Já nos anos 70 com a revolução cognitivista, o autoconceito começa a ser estudado como um aspecto processual, organizador do conhecimento, isto é de aquisição, processamento e armazenamento da informação que é relevante para o indivíduo (Markus & Wurf, 1987).

Para Greenwald e Pratkanis (1984) o autoconceito como organizador de conhecimento é definido como um esquema complexo, central, actual e específico da pessoa.

Markus e Senteis (citados por Novo, 2003) mencionam que investigações recentes descrevem o autoconceito como um sistema de esquemas ou generalizações acerca do *self* formado a partir das características pessoais e experiências de vida.

Damásio (1998) diferencia que o autoconceito é um conceito acerca do *Self*, que resulta de uma construção inicial em relação ao seu corpo e mais tarde em relação ao mundo exterior. O autoconceito integra diversas facetas não podendo ser estudado como uma entidade simples e unificada.

O *Self* básico ou nuclear segundo Kohut (citado por Novo, 2003) é muito resistente à mudança, mas não imutável, sendo que a sua transformação dependerá de factores internos ou externos de maior impacto não constituindo por isso sinal de doença. Com o decorrer da idade, o ser humano vai definindo um autoconceito sobre o seu ser, isto é, vai respondendo a questões pessoais de “quem sou eu?”, “como sou?”, “serei importante para alguém?”, “sou feliz?”, entre outras.

Fontaine e Antunes (2002/2003) referem que o autoconceito é um aspecto central na construção do *self* e que segundo Adriano Vaz Serra consiste na percepção que um indivíduo tem de si próprio nas mais variadas facetas, sejam elas de natureza social, emocional, física ou académica, tratando-se de um constructo integrador que leva a reconhecer a unidade, a identidade pessoal e a coerência do comportamento de um indivíduo.

Para Fonseca (2005) a distinção entre *Self* e autoconceito é que o autoconceito é um conceito acerca de uma identidade, o *Self*.

O *Self* não é apenas um conceito, mas sim o resultado de uma construção real, a base da personalidade de cada um. Tem como papel avaliar e interpretar experiências, motivar e incentivar o comportamento, lidar com as emoções e dar um sentido à continuidade da vida, isto é, é muito mais abrangente que o autoconceito mas sem este, não conseguimos formar o *Self* (Fonseca, 2005).

O conceito de *Self* segundo Novo (2003) diz respeito à imagem que cada um tem de si, ao conceito que cada um tem da sua personalidade, dos seus pensamentos, características da identidade de cada um e sentimentos, podendo abranger diferentes representações e perspectivas temporais, em relação a si e às relações com os outros.

Para a mesma autora, o avanço para uma nova integração no *self* implicará uma prévia crise temporária de eliminação dos valores dominantes e possíveis regressões, salientando que, quando as pessoas possuem crenças com inconsistência, discrepância e de conflito acerca de si mesmo, poderão viver em desconforto ou angústia.

Higgins (citado por Novo, 2003) identifica como inconsistência quando a percepção de si mesmo é diferente da percepção externa, quando há um atributo pessoal que impede um conceito de si coerente e unificado e quando há discrepância entre atributos percebidos e padrões pessoais.

Segundo Serra (citado por Novo, 2003), o desenvolvimento do autoconceito sofre quatro tipos de influência:

- A forma como os outros observam um indivíduo e o conseqüente *feedback*;

- A percepção que o indivíduo tem do seu desempenho nas várias situações;
- A comparação que faz do seu comportamento numa dada situação, com a dos seus pares sociais;
- A avaliação que faz de um determinado comportamento relativamente aos valores aceites pelo seu grupo de referência.

Para Roid e Fitts (1989) o autoconceito é um dos factores mais importantes no estudo do comportamento humano, isto porque, segundo os mesmos, a forma como os indivíduos se descrevem tem implicações no seu comportamento.

Tamayo et al., (2001) mencionam que o é formado por três componentes básicas que são diferentes entre si mas estão relacionadas. São, a **componente cognitiva**; que é o aspecto perceptivo referente às crenças ou opiniões que o indivíduo tem de si; a **componente afectiva**, denominada por auto-estima, que se refere aos valores e qualidades significativos para si e para a sociedade; e a **componente comportamental** que se refere ao que fazemos. Estas componentes não são estáveis ao longo do tempo, pois, poderão variar com as múltiplas experiências do indivíduo no seu quotidiano.

Hattie (1992) descreveu a estrutura do autoconceito referindo que este é:

- Hierárquico (existem os termos gerais e só depois os específicos);
- Multifacetado;
- Único para cada pessoa (diferente educação, localização no tempo e espaço, sistema de valores e a forma como percebem o mundo);
- Orienta o comportamento;
- Culturalmente limitado;
- Razoavelmente estável;

Esteban (1996) acrescenta que o autoconceito está contido num sistema conceptual mais amplo denominado de personalidade, tem uma organização dinâmica e é essencial que a sua organização se mantenha para o funcionamento normal do indivíduo, uma vez que tem a função de organizar os dados da experiência em sequências previsíveis, tentando satisfazer as suas necessidades evitando assim a desaprovação e a ansiedade.

Novo (2003) aborda o conceito de *Self* nuclear descrevendo que somos um centro independente de iniciativa e percepção, que o corpo e a mente formam uma unidade no espaço e que se perpetuam no tempo integrando experiências, ambições e ideais formando uma configuração psíquica coesa. Esta, em conexão com os talentos e habilidades, forma um sector principal da personalidade. Um *Self* consolidado é propulsor, dirigido e sustentador de

um objectivo central à personalidade fornecendo um sentido à sua vida, mobilizando o indivíduo para uma interacção contínua com o mundo físico e social.

Melo (2008) defende que o autoconceito e as estratégias de *coping* utilizadas por cada sujeito na resolução dos seus problemas são de grande importância na forma como este percebe o mundo que o rodeia, tendo influência na forma de enfrentar as situações stressantes.

Segundo Serra, Firmino, Barreiro, e Fael (1989) as pessoas com boa percepção de si próprias não possuem tendências para a solidão. Cecen (2008) e Cunha e Ferreira (2010) obtiveram resultados nos seus estudos que associam a solidão a uma baixa auto-estima e a uma instabilidade de autoconceito. Reportam que a solidão encontra-se negativamente correlacionada com o autoconceito e a auto-estima (Cunha & Ferreira, 2010).

Serra (citado por Novo, 2003) menciona que uma avaliação positiva sobre si próprio permite ao sujeito alcançar os objectivos desejados, obter reforços, evitar o fracasso, a punição, não se tornando ansioso ou solitário. Este autor defende que a formação do autoconceito indica a capacidade que o sujeito tem de se constituir objecto da sua própria observação.

Goswick e Lones (citados por Cunha e Ferreira, 2010) mencionam que elevados valores de solidão estão associados a uma tendência para avaliar negativamente a nossa sexualidade, o nosso corpo, a nossa aparência e a saúde, sendo que, o mesmo autor, apoia a ideia que um autoconceito positivo ajuda as pessoas a terem uma percepção positiva de si própria, percebendo o mundo de uma forma menos ameaçadora.

Na mesma linha de pensamento Serra et al. (1989) defendem que os indivíduos com um bom autoconceito lidam melhor com estados de tensão, têm menor tendência para o isolamento e consideram os acontecimentos como menos ameaçadores.

Para Staudinger, Dörner, e Mickler (2005), com o avançar da idade, a auto-percepção sobre nós próprios no passado, no presente e do futuro tornam-se intimamente ligados, o que pode contribuir para uma menor alteração do autoconceito.

Coopersmith (citado por Peixoto & Mata, 1993) refere que o factor de maior prestígio e sucesso de um indivíduo é o seu estatuto social, e como tal, tentou verificar através de um estudo se as pessoas de um nível sócio cultural elevado seriam levadas a acreditar no seu valor e se haveriam diferenças de autoconceito. No entanto, o factor sociocultural não estabeleceu uma influência estatisticamente significativa na formação do autoconceito. Outros autores citados por Peixoto e Mata (1993), referem nos seus trabalhos diferenças significativas da influência do nível sócio-cultural na formação do autoconceito.

Sanchez e Escribano (1999) abordam a evolução do autoconceito numa perspectiva da cognição e da ontogénese, onde expõem que, até aos 12 anos o sujeito começa a adquirir um sentimento de autonomia, desenvolve uma confiança básica no seu ambiente, aumenta a experiência social e dá importância a reacção das pessoas importantes. A criança neste período vai criando várias imagens de si, que tem influência no seu sentimento de identidade e assim, o autoconceito vai se formando em consequência das experiências, exigências e expectativas que o mundo propicia.

Na fase da adolescência (12 aos 18 anos) há um amadurecimento físico que faz com que os indivíduos tenham um processo de aceitação dessas transformações. É também a altura onde estes tentam se diferenciar dos pais e dos colegas de modo a poder se identificar como pessoa singular, daí, o autoconceito nesta fase ser um constructo individual que o representa a nível social.

Na maturidade adulta (20 aos 60 anos), há constantes reformulações do autoconceito fruto dos vários acontecimentos de vida que ocorrem nesse período, tais como o início da vida profissional, o sucesso ou fracasso que advém do mesmo, a maternidade ou paternidade, o estatuto socioeconómico, entre outros (Sanchez & Escribano, 1999).

Demo (1992) também defende que o autoconceito é produto de uma actividade reflexiva susceptível a mudanças dependendo das situações em que o indivíduo se encontra, tais como as transições do curso de vida normal e do desempenho de novos papéis.

Capítulo III. Percepção sobre o envelhecimento

Saéz, Alexandre, e Mendez (1995) defendem que cada pessoa tem um conceito de si, e em função dele processa e organiza a informação do seu contexto formando uma estrutura que lhe permite actuar no presente e no futuro, mantendo e desenvolvendo o esquema da sua própria percepção até ao período da velhice. Esta auto percepção pode por vezes ser tomada como um preditor para conhecer as mudanças que poderão ocorrer ao sujeito na sua necessária readaptação ao longo do processo de envelhecimento.

Para Levy et al. (2002) o processo através do qual os indivíduos desenvolvem as percepções sobre o envelhecimento baseiam-se nas expectativas internalizadas no período que antecedeu a idade avançada, podendo ser formada também por estereótipos, que mais tarde poderá provocar uma confrontação nos idosos em aspectos da sua vida quotidiana.

L. Rocha (2010) segue o mesmo pressuposto de Levy, afirmando que a auto percepção do envelhecimento, isto é, a forma como o indivíduo sente o seu processo de envelhecimento passa por duas etapas. Uma é como o indivíduo assimila expectativas ao longo da vida antes de envelhecer; a outra ocorre quando o indivíduo já é idoso.

Pimentel (2001) refere que um dos dramas do envelhecimento está na discrepância que existe entre o que é sentido pelo sujeito e a imagem que os outros fazem dele, podendo incorporar de uma forma gradual estereótipos negativos.

Em 1969, Robert Butler atribui o nome de “*ageism*” para descrever os preconceitos e estereótipos em relação aos idosos cujo efeito dessa discriminação social é baseada no critério da idade, comparando este fenómeno com a discriminação racial, de sexo ou religiosa (Cavanaugh, 1997).

Warnes (citado por Featherstone & Hepworth, 2005), comenta que o olhar negativo sobre o idoso é uma construção social que reflecte crenças negativas e atitudes acerca da idade avançada, da sua qualidade de vida e da sua habilidade para dar um contributo positivo para a sociedade.

Existem algumas características que frequentemente se associam aos idosos, tais como crise de identidade, provocada por ele e pela sociedade, diminuição da auto-estima, dificuldade de adaptação, falta de motivação, atitudes infantilizadas, diminuição da libido e da sexualidade, tendência à hipocondria ou somatização, o surgir de novos medos e diminuição das faculdades físicas e mentais (Richard & Mateev-Dirkx, 2004).

Oliveira (2008) identifica alguns estereótipos em relação ao idoso tais como, ser visto como uma pessoa infeliz, doente, necessitada de ajuda, conservadora, improdutiva e igual a todos os outros idosos.

Erber, Szuchman, e Roteherberg (1990) mostraram a evidência de estereótipos de idade. Uma simples perda de memória poderá ter uma interpretação mais alarmante entre os idosos do que entre os mais jovens. Estes referem que quando esta situação acontece nos idosos poderá ser vista como uma possível dificuldade mental necessitando de treino de memória, enquanto se for num jovem é associada a uma simples “branca”.

No entanto, Palmore (1999) acrescentou um novo elemento à análise das atitudes em relação à velhice. Para este não existe apenas um preconceito etário negativo mas também positivo (*positive and negative ageism*), para qualificar as falsas avaliações sobre a velhice dando o exemplo de que se considerarmos todos os idosos sábios denota um preconceito positivo. O mesmo raciocínio poderá ser em relação aos estereótipos compassivos tais como considera-los uns coitados, bonzinhos, acomodados, não exigentes, aceitadores e que não percebem o que está acontecendo.

O idadismo (“*ageism*”) é referido como um processo colectivo estereotipado que dá uma ênfase negativa às características relativas ao envelhecimento, sendo estas obtidas através dos valores determinados pela cultura. A infantilização do idoso é um exemplo disso uma vez que, com o avançar da idade vai perdendo o estatuto de senhor ou senhora para ser tratado com diminutivos ou palavras como querido ou amor (Gullette, 2011).

Já em 1982, Simões referiu que com a industrialização a posse de terras perde importância tornando os meios de produção as máquinas e as fábricas. Com as novas tecnologias o valor do saber tradicional passa para segundo plano deixando de haver prestígio de quem o transmite explicando assim o declínio do estatuto do idoso, isto é quem não produz é desvalorizado e inútil.

Moscovici (2001) acrescenta que imagens, ideias e propagandas difundidas na imprensa podem mobilizar psicologicamente populações, apresentando a teoria das representações sociais¹, onde o autor segue o pressuposto que as representações do colectivo são pensamentos associados e acumulados ao longo do tempo, passadas de geração em geração, sendo difíceis de modificar, fazendo com que crie uma atitude favorável, desfavorável ou neutra em relação ao objecto socialmente apresentado.

¹ Conjunto de conceitos que são equivalentes na nossa sociedade aos mitos e sistemas de crenças

Para além de ter influência no bem-estar subjectivo, Kotter-Gruhn, Kleispehn-Ammerlahn, Gerstorf, e Smith (2009) acrescentam que a percepção sobre o envelhecimento está também ancorada nos domínios do *self* e da personalidade, sendo que a preservação da identidade de cada indivíduo ao longo do envelhecimento será importante na adaptação desse processo.

As pesquisas indicam que a maioria das pessoas sabem muito pouco acerca da idade avançada e a maioria têm percepções erradas, estereotipadas e negativas (Ron, 2007).

Estudos realizados mostram que uma idade subjectiva jovem e uma alta satisfação com o envelhecimento estão associados a boa saúde e altos níveis de bem-estar, ou seja, há influência a nível comportamental, na imunocompetência e a nível psicológico (Levy et al., 2002).

Ward (citado por Stuart-Hamilton, 2002) refere que os estereótipos sobre o envelhecimento podem afectar a confiança das pessoas mais velhas e quanto mais acredita nesses estereótipos mais baixa é a sua auto-estima. O mesmo autor menciona que as pessoas mais velhas são também vítimas dos seus próprios julgamentos formados enquanto jovens. Estes também criaram estereótipos em relação aos idosos que depois os assombram quando chegam a esta fase da vida.

Um estudo em ambientes de trabalho indicou que os trabalhadores mais velhos são geralmente avaliados de uma forma mais negativa em relação aos mais jovens (Finkelstein et al., 1995).

Os estereótipos e as crenças negativas sobre os aspectos do envelhecimento são mais fracos naqueles que têm mais conhecimentos acerca do envelhecimento, uma maior exposição e mais frequente interacção com os idosos. Estes são capazes de ser mais empáticos com os idosos assumindo as suas perspectivas. Os estereótipos são mais susceptíveis de serem activados quando a informação específica sobre um indivíduo é pouca (Hesse, 2006).

Ao contrário dos estereótipos de raça ou género, que os indivíduos encontram quando desenvolvem auto-identidades de grupo, os indivíduos adquirem os estereótipos de idade, várias décadas antes de se tornarem velhos, sendo provável que os indivíduos mais novos aceitem, automaticamente, os estereótipos de idade, sem questionar a sua validade (Keong, 2010).

Segundo Ron (2007), relativamente às atitudes da população adulta em direcção aos idosos, as descobertas são ambíguas: algumas das pesquisas mostram que, à medida que o indivíduo se torna mais velho, as suas atitudes para com os mais velhos tornam-se cada

vez mais negativas; enquanto outros relatam que as atitudes dos idosos em relação ao seu próprio grupo populacional são mais positivas do que as atitudes dos mais novos em relação a eles.

A teoria da dissonância cognitiva (*Cognitive Dissonance Theory*) pode explicar a mudança de atitudes negativas na juventude, para positivas na velhice, devendo-se ao facto de que na idade adulta poderá ter sido exposto a outras informações, teorias e práticas, tornando a sua atitude menos negativa em relação à idade avançada (Ron, 2007).

No estudo de Ward (citado por Stuart-Hamilton, 2002) foi observado que apenas 20% das pessoas na casa dos 60 anos e 51% na casa dos 70 rotulam-se com o termo “velho ou idoso”. A grande maioria evita tais rótulos porque usualmente têm uma conotação negativa nas sociedades ocidentais e este facto torna-se irónico porque as pessoas mais velhas são vítimas das suas próprias avaliações sobre a velhice, pois, quando jovens criaram estereótipos que depois os assombram, afectando a sua auto-estima (Stuart-Hamilton, 2002)

Guo, Erber, e Szuchman citado por Stuart-Hamilton (2002) demonstraram que os sujeitos expostos a relatos positivos sobre o envelhecimento podem melhorar os seus julgamentos em relação aos mais velhos.

Ward (citado por Stuart-Hamilton, 2000) descreve que num estudo foi observado que as pessoas mais velhas são vítimas dos seus próprios estereótipos sobre o envelhecimento e que quanto mais acredita nos estereótipos mais baixa a sua auto-estima.

Levy et al. (2002) demonstraram num estudo realizado durante 23 anos, com 338 homens e 322 mulheres, que os indivíduos que apresentavam uma autopercepção do envelhecimento mais positiva tiveram um prolongar de vida até 7.5 anos, revelando maior influência que outros estudos na área da saúde.

Weltzen (2007) num estudo sobre expectativas e atitudes acerca do envelhecimento relacionando com comportamentos de saúde em adultos jovens, de meia idade e idosos concluiu que os idosos com uma percepção mais positiva sobre si, tinham mais práticas de saúde preventivas, e que as mulheres mais jovens foram as que demonstraram expectativas de saúde mais positivas e um maior controlo interno.

Em estudos de percepção pessoal de Erber, Etheart, e Szuchman (1992) acerca das habilidades de memória demonstraram que a variabilidade de julgamentos em relação às pessoas idosas diminuía quando era dada informação específica acerca das capacidades individuais de quem estava a ser avaliado.

Hesse (2006) também cita vários estudos em relação aos estereótipos de idade que demonstraram que as pessoas de meia-idade e os idosos têm uma representação mais

positiva da velhice do que os mais jovens, podendo este facto ser produto da proximidade ou pertença a esse grupo etário.

Os adultos mais jovens tendem a perceberem de uma forma menos positiva o seu próprio envelhecimento do que os adultos de meia-idade, pelo menos até aos 75 anos (Chasteen, 2000).

As expectativas culturais em relação aos papéis das pessoas idosas dentro de uma sociedade têm um lugar vital na mudança de personalidade encorajando-as ou inibindo-as mais tarde na vida (Featherstone & Hepworth, 2005).

Hesse (2006) explica que há uma forte evidência de atitudes negativas em relação à velhice em todos os grupos etários quer a nível afectivo, cognitivo e comportamental, sendo que os idosos estão conscientes dessas atitudes e expressam-nas de uma forma bem acentuada em relação a si próprios. Para o mesmo autor, só quando os idosos forem vistos como seres individuais em termos de personalidade, traços e habilidades é que os outros terão menos probabilidade de usar relatos categorizados acerca dos mesmos.

Qualls e Abeles (2000) abordam a velhice de uma forma mais positiva realçando para além das perdas inevitáveis os ganhos que advêm com a idade tais como a sabedoria, a maturidade emocional e a capacidade de usar estratégias pró-activas capazes de dar maior significado à vida.

Capítulo IV. Uma abordagem sobre os profissionais que prestam cuidados ao idoso

Se antigamente as instituições para os idosos se destinavam aos mais dependentes, actualmente, numa sociedade marcada pelo envelhecimento, passam a ter uma nova missão, a de cuidar de idosos a diferentes níveis devido a perdas funcionais que tornam problemática a vida a sós ou com a família (Pereira, Brito, Melo, Cavalcante, & Guerra, 2005).

Embora a família seja a responsável pela maioria dos cuidados aos idosos, é importante salientar que a estrutura familiar tem sofrido mudanças significativas, hoje em dia, predominam as famílias pequenas em lugar das tradicionais e extensas, favorecendo novos tipos de arranjos familiares (Pavarini, Mendiondo, Barham, Varoto, & Filizola, 2005)

Hoje em dia já nos deparamos com muitos idosos morando sozinhos ou com famílias cada vez mais nucleares e com poucos membros e muitas vezes têm que passar o dia fora de casa para trabalhar, ficando sem condições para cuidar do idoso.

Atendendo ao facto de que as necessidades de cuidado muitas vezes extrapolam as capacidades das famílias, a procura por instituições de longa permanência, como os lares, tende a aumentar dando maior relevância à necessidade de cuidados formais. Estes aspectos contribuem para que novas formas de atenção e cuidado devam ser proporcionadas aos idosos (Pavarini et al., 2005).

Os cuidados profissionais consistem num conjunto de cuidados prestados ao idoso, por múltiplas áreas disciplinares na articulação de conhecimentos científicos e de cuidados básicos de higiene e saúde com o intuito de lhe aumentar e proporcionar qualidade de vida (Boff, 2005).

Tudo o que existe e vive precisa de ser cuidado para continuar a existir. Uma planta, uma criança, um idoso, o planeta Terra. Tudo o que vive precisa de ser alimentado. Assim, o cuidado, a essência da vida humana, precisa de ser continuamente alimentado. O cuidado vive do amor, da ternura, da carícia e da convivência. (Boff, citado por Fernandes, 2010, p. 44).

A palavra cuidar significa aplicar atenção, pensamento, imaginação, interessar-se, trabalhar, o que nos faz sub-entender, acção e dinamismo. Assim, Sampaio, Rodrigues, Pereira, Rodrigues, e Dias (2011) referem que cuidar não é só um acto, mas uma atitude.

Boff (2005) relata que o cuidar é uma dimensão essencial do ser enquanto Winnicott (citado por Sampaio et al., 2011), acrescenta que o desejo de cuidar deve anteceder a sua prática, daí ser importante que os profissionais tenham uma pré-disposição para cuidar o idoso.

O cuidador aprende no seu dia-a-dia desenvolvendo percepções sobre si e sobre aqueles de quem cuida. Na relação cuidador-idoso ocorre uma experiência mútua cuja profundidade e percepção da mesma irá depender da absorção e compreensão de cada indivíduo (Sampaio et al., 2011).

Segundo Sampaio et al. (2011) para prestar cuidados ao idoso o profissional necessita desenvolver habilidades e competências específicas para assim ser capaz de diferenciar os idosos das diversas faixas etárias. Para tal, será de vital importância os cursos de aperfeiçoamento em envelhecimento e saúde em relação à população idosa para que assim, os cuidados prestados sejam mais humanizados, com competência e respeitando a ética, de forma a promover ao idoso um envelhecimento activo, saudável, digno e com qualidade de vida.

Os cuidados para uma pessoa idosa que tem necessidades e características específicas, devem visar a manutenção do seu estado de saúde, expectativa de vida activa, independência funcional e autonomia máxima possível, onde a educação dos profissionais seja permanente, e os processos e procedimentos de apoio ao idoso sejam aprimorados, com sistematização da assistência e a realização de parcerias com outras organizações (Silva & Borges, 2008).

Trentini, Chachamovic, Figueiredo, Hirakata e Fleck (2006) mencionam que os cuidadores de idosos têm uma percepção deturpada em relação ao envelhecimento, e há uma tendência para esta ser negativa.

No estudo de Sampaio et al. (2011), 88.5 % dos sujeitos possuem uma percepção positiva sobre o seu trabalho, que é expressa através de termos que demonstra afecto e amor, no entanto, 53.8% destes, possuem uma visão negativa em relação à maneira de definir o “ser idoso”.

II. ESTUDO EMPÍRICO

Capítulo V. Metodologia

Como referido anteriormente, os profissionais que lidam de forma directa com o idoso têm uma percepção sobre o envelhecimento que pode não só influenciar o seu próprio envelhecimento como também as suas atitudes e comportamentos em relação aos idosos.

Sabendo que a formação da percepção sobre o envelhecimento é o produto de experiências de vida, idade, educação, valores, localização geográfica, cultura, entre outros que são também alicerces do autoconceito, é apresentada a descrição dos métodos utilizados para obter as respostas às questões de investigação.

Inicialmente são apresentados os objectivos e hipóteses do estudo, posteriormente é efectuada uma descrição da amostra, dos instrumentos e procedimentos de recolha de dados e finalmente são apresentados os procedimentos estatísticos utilizados para a análise dos dados.

1. Objectivos e hipóteses

O objectivo deste trabalho é o de caracterizar a relação entre o autoconceito e a percepção sobre o envelhecimento dos profissionais do EBV, tentando identificar a influência das variáveis sociodemográficas, inserindo-se assim, nos estudos descritivos, correlacionais do tipo quantitativo, uma vez que os dados utilizados são numéricos e são tratados através de procedimentos estatísticos (Fortin, 2003).

As questões que orientam esta investigação são:

Q1 – Há diferenças na forma como o indivíduo percepção o envelhecimento em função da idade?

Q2 – Há diferenças na forma como o indivíduo percepção o envelhecimento quanto ao género?

Q3 – Há diferenças na forma como o indivíduo percepção o envelhecimento ao nível das habilitações académicas?

Q4 - Há diferenças de autoconceito em função da idade?

Q5 -O autoconceito está relacionado com a percepção sobre o envelhecimento?

Q6 - Há diferenças entre os profissionais com ou sem formação na área da saúde, no que respeita à percepção sobre o envelhecimento?

Após revisão da literatura, surgiram as seguintes hipóteses teóricas de investigação:

H1: Com o avançar da idade a percepção sobre o envelhecimento é mais negativa.

H2: O género feminino percebe de forma mais positiva o envelhecimento.

H3: Quanto maior o grau de instrução a percepção sobre o envelhecimento é mais positiva.

H4: O autoconceito é mais forte com o avançar da idade.

H5: Um autoconceito mais fraco está relacionado com uma percepção mais negativa sobre o envelhecimento.

H6: Os profissionais com formação na área da saúde têm uma percepção mais positiva sobre o envelhecimento.

2. Amostra

Neste estudo foi tido como critério de inclusão da amostra os profissionais pertencentes ao quadro do EBV de ambos os sexos, que ao prestarem o seu serviço diário estabeleçam um contacto directo com o idoso. A amostra foi recolhida no EBV entre Março e Abril do ano 2012.

O EBV é uma instituição de carácter público situado no concelho do Funchal, freguesia de São Gonçalo, mais propriamente na rua do Lazareto.

O início de funções data de Agosto de 1985 aquando da sua inauguração e era gerido pelas Religiosas Franciscanas. Hoje em dia já não têm ligação a qualquer entidade religiosa estando sob tutela do Centro de Segurança Social da Madeira.

Este estabelecimento composto por nove andares é o maior lar da ilha da Madeira, com uma capacidade de 259 utentes de alojamento permanente, possibilitando ainda o alojamento temporário. Tem também a valência de centro de dia acolhendo pessoas das 9h às 17h, e presta serviço de apoio domiciliário a idosos carenciados.

Para assegurar as respectivas funções, este lar é composto por 210 profissionais pertencentes aos vários serviços tais como: direcção, divisão de gestão interna, serviço social e psicologia, serviço médico, serviço de enfermagem, fisioterapia e reabilitação, serviço de ocupação e animação sócio-cultural, secretaria e central telefónica, serviço de apoio directo (acompanhamento diurno e nocturno dos utentes prestando cuidados a nível de higiene, conforto e alimentação dos mesmos), serviço de manutenção (conservação e reparação dos aspectos físicos do EBV), unidade alimentar, serviço de lavandaria e costura, e serviço de tarefas auxiliares (manutenção da higiene dos espaços físicos).

Inicialmente a amostra foi constituída por 175 indivíduos, no entanto, após fazer cumprir os critérios de validade de cada um dos testes aplicados a amostra final é de 148

indivíduos (mortalidade da amostra = 15.4%), sendo 135 do sexo feminino (91.2%), 12 do sexo masculino (8.1%) e 1 indivíduo cujo sexo não foi indicado ($M_o^3 = 0$).

As idades ($n = 143$) estão compreendidas entre os 21 e os 65 anos, tendo uma média de 45.78 e um desvio-padrão de 10.90. Em relação ao estado civil ($n = 146$), 31 dos indivíduos são solteiros (20.9%), 88 são casados ou em união de facto (59.5%), 12 viúvos (8.1%) e 15 (10.1%) divorciados ($M_o^3 = 2$).

No que concerne as habilitações literárias ($n = 141$), 38 possuem o 1º ciclo (25.7%), 18 o 2º ciclo (12.2 %), 39 o 3º ciclo (26.4%) e 46 (31%) o ensino secundário ou superior ($Mdn = 3$, $IQQ = 3$). Em relação a profissão/categoria que desempenham ($n = 147$), a maioria dos indivíduos pertence ao apoio directo (63.5%), à cozinha e refeitório (11.5%) e a enfermagem (8.8%) sendo os restantes pertencentes à fisioterapia (5.4%), ocupação (4.7%) secretaria (2.7%) e (2.7%) serviço técnico ($M_o^3 = 1$).

Os indivíduos ($N=143$) desta amostra moram maioritariamente no Funchal (62.8%) Santa Cruz (17.6%) e Machico (10.1%) sendo que os restantes vivem em Câmara de Lobos (3.4%) e (2.7%) Ribeira Brava ($M_o^3 = 1$).

A tabela 1 apresenta com maior detalhe os dados relativos às características sociodemográficas da amostra.

Tabela 1
Descrição da amostra

		<i>n</i> *	%**	Média	Desvio Padrão	Min.	Max.
Idade		143	96.6	45.78	10.898	21	65
Sexo	Feminino	135	91.2				
	Masculino	12	8.1				
Estado civil	Solteiro	31	20.9				
	Casado/Un. de facto	88	59.5				
	Viúvo	12	8.1				
	Divorciado	15	10.1				
Habilitações literárias	1º ciclo	38	25.7				
	2º ciclo	18	12.2				
	3º ciclo	39	26.4				
	Secundário/E.superior	46	31				
Área de Residência	Funchal	93	62.8				
	C. Lobos	5	3.4				
	S. Cruz	26	17.6				
	Ribeira Brava	4	2.7				
	Machico	15	10.1				
Profissão/Categoria	Apoio directo	94	63.5				
	Cozinha e refeitório	17	11.5				
	Ocupação	7	4.7				
	Secretaria	4	2.7				
	Fisioterapia	8	5.4				
	Enfermagem	13	8.8				
	Serviço técnico	4	2.7				

Nota. *Amostra válida; ** Percentagem válida.

3. Instrumentos de recolha de dados

A escolha dos instrumentos para a recolha de dados foi efectuada tendo em conta a sua validade e o facto de estarem em fase de adaptação à população portuguesa.

3.1. Escala de Autoconceito (TSCS:2)

Como forma de avaliar o autoconceito foi administrada a escala TSCS:2 que originalmente foi construída e publicada por Fitts et al. em 1965, a escala Tennessee Self-Concept Scale (TSCS). Estes autores referem que o autoconceito pode ser explicado em termos de dois sistemas separados: o interno e o externo. Este instrumento avalia a multidimensionalidade do autoconceito sendo considerado dos mais completos. É constituído por 100 itens tendo afirmações formuladas na negativa e na positiva sobre a própria pessoa. Foi revista em 1989 por Gale Roid e William Fitts de forma a torná-la mais pequena e multidimensional.

A TSCS foi adaptada à população portuguesa pela Dra. Rosa Novo entre 1995-1998, sofrendo algumas alterações no seu formato (ordem das perguntas), com o intuito de facilitar a inscrição das respostas (Novo, 2003). No estudo de equivalência linguística da escala adaptada, os resultados foram considerados satisfatórios, uma vez que os seus valores variaram entre .64 e .86 ($p < .001$)

Neste estudo, foi utilizada a segunda edição da escala de autoconceito ou conceito de si (TSCS:2), em fase de adaptação à população portuguesa pela Dra. Rosa Novo sendo uma versão reformulada para tornar-se mais prática e de maior facilidade de cotação.

A TSCS:2 é formada por menos itens (82), no entanto foi criada uma nova dimensão (autoconceito-académico). A escala é do tipo Likert, constituída por cinco hipóteses, variando entre “inteiramente falso” (1) até ao “inteiramente verdadeiro” (5). Esta escala inclui dez subescalas: a identidade, a satisfação e o comportamento são as subescalas consideradas como dimensões internas; o autoconceito físico, o autoconceito ético-moral, o autoconceito pessoal, o autoconceito familiar, o autoconceito social e o autoconceito académico são considerados as dimensões externas. Cada uma destas dimensões é constituída por itens positivos e itens negativos onde, posteriormente, os últimos têm que ser invertidos.

- **Identidade** – Itens onde o indivíduo se descreve com base na forma como se percebe, tem uma dimensão cognitiva

- **Satisfação** - é composta pelos itens que demonstram a auto aceitação, reflectindo a sua auto-satisfação, auto-estima e apreço por si próprio, ou seja, mede a afectividade por si próprio.
- **Comportamento** – é composta pelos itens que reproduzem a percepção do indivíduo em relação ao seu comportamento, avaliando a sua adequabilidade às expectativas pessoais e às normas sociais.
- **Autoconceito físico** – Apresenta a visão do indivíduo do seu próprio corpo, estado de saúde, habilidades e sexualidade, estando associada a auto-estima global em relação à vida.
- **Autoconceito moral** – Expõe a perspectiva moral-ética, a sensibilidade do ser bom ou ruim e a satisfação para com a sua religião ou falta dela, ser correcto ou não do ponto de vista ético.
- **Autoconceito pessoal** – Reflecte o sentimento de adequação como pessoa, independentemente da sua relação com os outros, auto-avaliação da personalidade e percepção dos valores pessoais.
- **Autoconceito familiar** – Demonstra o sentimento de pertença e crenças enquanto membro de uma família.
- **Autoconceito social** - Transmite acerca do sentido de pertença, adequação e eficácia na interacção social com as outras pessoas.
- **Autoconceito académico ou de trabalho** – Menciona a forma como os indivíduos percebem a sua performance na escola e no trabalho e como estes crêem que são vistos pelas outras pessoas em tais contextos.
- **Autoconceito total** – É obtido através da soma de todos os autoconceitos, sendo a pontuação mais importante do TSCS:2.

Existem ainda quatro dimensões em que as suas pontuações servem como critérios de validade: Respostas inconsistentes (INC), Fingindo bem (FG), Auto-crítica (SC), Distribuição da resposta (RD). A escala de autocrítica formada por dez itens, retirados do L-Scale de Minnesota Multiphasia Personality Inventory (MMPI). É um dos indicadores de validade das respostas dos indivíduos, não contribuindo para o valor do autoconceito total.

Esta escala apresenta uma boa consistência interna com valores de *alpha* de Cronbach, variando entre .72 e .92, semelhantes aos encontrados na versão original. As propriedades psicométricas da TSCS têm sido estudadas em diferentes investigações, e podemos verificar os resultados da validade e confiabilidade de algumas no Quadro 1.

Quadro 1

Resumo de alguns estudos em relação às características psicométricas da TSCS

Escala	Autores	Confiabilidade	Validade
T.S.C.S (Original) (100 itens)	Fitts e Warren. (1988, citado por Fitts & Warren, 1996)	$\alpha = [.64 ; .94]$ Autoconceito físico = .64 Autoconceito total = .94	<u>Análise factorial dos componentes principais:</u> Resultou em 2 factores <u>Análise factorial dos itens da TSCS:2 formados pela negativa e pela positiva:</u> Resultou em 5 factores Bolton (1976)
T.S.C.S (Adaptação) (100 itens)	Novo (2003)	$\alpha = [.72 ; .92]$ Autocritica = .72 Autoconceito total = .92 <u>Teste-reteste</u> Resultados da escala = .64 Autoconceito total = .77	<u>Análise factorial dos componentes principais:</u> A correlação entre as escalas e destas com o resultado total variaram entre .57 para o autoconceito físico e .80 para o autoconceito pessoal. ($p < .05$)
T.S.C.S (Adaptação) (100 itens)	A. Rocha (2007)	$\alpha = [.68 ; .72]$ Autocritica = .72 Autoconceito Total = .68	Da correlação das diferentes escalas da dimensão interna o coeficiente de Spearman varia entre .55 e .57
T.S.C.S:2 (82 itens)	Fitts e Warren. (1996)	$\alpha = [.73 ; .95]$ Autoconceito Moral = .73 Autoconceito total = .95 <u>Teste-reteste</u> (1-2 semanas) Respostas inconsistentes = .47 Autoconceito total = .82 Magnitude -.14 Autoconceito Social +.20 Conflito	<u>Análise factorial dos componentes principais:</u> Resultou em 2 factores que explicam 28.7% da variância. N = 1764 <u>Análise factorial dos itens da TSCS:2 formados pela negativa e pela positiva:</u> resultou em 6 factores cujos itens positivos explicam 52.3 % da variância enquanto os negativos 48.6%. N = 1764

Tabela 2

Coeficientes de alpha de Cronbach da TSCS:2

Escala (n.º de itens)	Alpha Cronbach
Identidade (21)	0.81
Satisfação (21)	0.79
Comportamento (20)	0.77
Autoconceito físico (14)	0.74
Autoconceito ético-moral (12)	0.69
Autoconceito pessoal (12)	0.73
Autoconceito familiar (12)	0.69
Autoconceito social (12)	0.70
Autoconceito académico (12)	0.68
Autoconceito total (12)	0.92

Nota. n = 148.

Neste estudo verificamos a consistência interna das diferentes dimensões do constructo (TSCS:2) através do *alpha* de Cronbach, sendo que apresenta uma variação entre .68 e .92, o que garante uma boa consistência (ver tabela 2).

Após análise de correlação das dimensões internas da TSCS:2 verifica-se um coeficiente de Spearman que varia entre .71 e .84 (tabela 3), sendo todas as correlações altamente significativas com $p < .001$.

Tabela 3
Correlação (Spearman) das dimensões internas da TSCS:2

Dimensão		Identidade	Satisfação	Comportamento
Identidade	r_s	1.00		
	p	---		
Satisfação	r_s	.76***	1.00	
	p	.000	---	
Comportamento	r_s	.71***	.84***	1.00
	p	.000	.000	---

Nota. $n = 148$.

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

Quanto a análise de correlação das dimensões externas da TSCS:2 verifica-se um coeficiente de Spearman a variar entre .48 e .68 (ver tabela 4), sendo altamente significativas em todas as situações com $p < .001$. Estas correlações indicam que estas sub-escalas medem dimensões de um mesmo constructo, o autoconceito.

Tabela 4
Correlação (Spearman) das dimensões externas da TSCS:2

Dimensão		Autoconceito físico	Autoconceito ético-moral	Autoconceito pessoal	Autoconceito familiar	Autoconceito social	Autoconceito acadêmico
Autoconceito físico	r_s	1.00	.54***	.58***	.56***	.57***	.61***
	p	---	.000	.000	.000	.000	.000
Autoconceito ético-moral	r_s		1.00	.62***	.67***	.68***	.54***
	p		---	.000	.000	.000	.000
Autoconceito pessoal	r_s			1.00	.62***	.68***	.55***
	p			---	.000	.000	.000
Autoconceito familiar	r_s				1.00	.67***	.48***
	p				---	.000	.000
Autoconceito acadêmico	r_s						1.00
	p						---

Nota. $n = 148$.

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

Considerando estes valores e os valores de confiabilidade interna, podemos concluir que a escala apresenta parâmetros adequados para a sua utilização.

3.2. Questionário sobre Percepções de Envelhecimento (QPE)

Para medir a percepção sobre o envelhecimento foi utilizado o Questionário sobre Percepções de Envelhecimento (QPE). Trata-se de um questionário de avaliação multi-dimensional, baseado no modelo de auto-regulação de Leventhal (Barker et al., 2007), em adaptação para a língua portuguesa por Beja e Franco (2009).

O QPE avalia a percepção do envelhecimento com base em oito domínios distintos, sendo que sete destes envolvem opiniões sobre o próprio envelhecimento e o oitavo é chamado o domínio da identidade, que tem como base analisar a experiência dos indivíduos com as alterações em relação a doenças.

O pressuposto chave do modelo de auto-regulação é que o indivíduo forma uma representação da sua doença ou ameaça à saúde, que pode ser estudada em diferentes dimensões:

- **Identidade** (Id1-Id17): Crenças acerca do envelhecimento e a sua ligação à doença e aos sintomas, ou seja, ligação entre o envelhecimento e as mudanças relacionadas com a saúde a nível de funcionamento muscular, cardiovascular, pulmonar, neurológico e psiquiátrico.
- **Duração**: Crença acerca da duração e da forma como percebe o envelhecimento.
 - Duração Crónica (itens 1-5) - de que forma a consciência sobre envelhecimento é crónica.
 - Duração Cíclica: (itens 27,28,30-32) – em que medida o indivíduo experiencia variações na consciência como percebe o envelhecimento.
- **Consequências**: Crenças acerca do impacto do envelhecimento nos diferentes domínios da vida do indivíduo.
 - Consequências positivas (itens 6-8) – relacionadas com uma maior criatividade e bem-estar subjectivo.
 - Consequências negativas (itens 16-20) – relacionadas com depressão e bem-estar subjectivo baixo.
- **Controlo**: Crenças acerca dos modos pessoais de lidar com a experiência do envelhecimento.
 - Controlo positivo (itens 10-12,14-15) – Crença de controlo na sua experiência de envelhecimento.

- Controlo negativo (itens 21-24) – Crença na falta de controlo sobre a sua experiência de envelhecimento.
- **Representações emocionais** (itens 9, 13, 25, 26, 29) - Resposta emocional gerada pelo envelhecimento. É baseada nas emoções negativas tais como ansiedade, depressão, raiva medo, zanga e tristeza.

Nas primeiras 7 sub-escalas formadas por 32 itens, são cotadas numa escala Likert de 5 pontos, desde “discordo fortemente = 0” até “concordo plenamente = 5”. A última sub-escala “identidade” é composta por 17 itens em que os participantes indicam se experienciaram ou não determinada mudança relacionada com a sua saúde nos últimos dez anos e a pontuação varia entre sim=1 e não=0. No caso de resposta afirmativa é questionado se essa mudança é devida ao facto de estar a envelhecer, sendo novamente atribuído sim=1 e não=0.

A pontuação da dimensão identidade é indicada em percentagem (0-100) e é calculado através da divisão entre as mudanças de saúde atribuídas ao envelhecimento e as alterações de saúde já experienciadas, multiplicando por 100.

Na escala original Irlandesa de Barker et al. (2007), foi efectuado um estudo para a sua respectiva validação cuja amostra foi de 2033 indivíduos com idades acima dos 65 anos. A consistência interna, foi considerada satisfatória, à excepção da escala de consequências positivas ($\alpha = .64$). O coeficiente *alpha* de Cronbach das restantes escalas situa-se acima do valor .70, ultrapassando normalmente os .80.

Em relação à validade foi efectuado uma análise de escalonamento de Moken em que os valores de homogeneidade da duração crónica ($H = .62$), duração cíclica ($H = .65$), consequências negativas ($H = .56$) controlo positivo ($H = .48$) e representação emocional ($H = .55$), indicam que os itens estão fortemente escalonados (Barker et al., (2007).

Na análise factorial o modelo foi adequado ($X^2 = 2788$, $DF = 496$, $CFI = .91$, $IFI = .91$, $GFI = .91$, $RMSEA = .05$, $p < .001$) indicando que cada sub-escala mede um única dimensão da experiência individual de envelhecimento (Barker et al., 2007).

No estudo de Yassine (2011), com a amostra de 146 indivíduos, o instrumento apresenta uma consistência interna de .82 para a escala “Consequências Negativas”, .64 para a escala “Consequências Positivas”, .73 para “Controlo Negativo”, .74 na escala “Controlo Positivo”, .78 para a escala “Duração Cíclica”, .70 para “Duração Crónica” e .83 para “Representações Emocionais” (valores do coeficiente alfa de Cronbach).

Tabela 5
Coefficientes de alpha de Cronbach do QPE

Escala (n.º de itens)	Alpha Cronbach
Duração crónica (5)	0.60
Duração cíclica (5)	0.82
Consequências positivas (3)	0.66
Consequências negativas (5)	0.86
Controlo positivo (5)	0.82
Controlo negativo (4)	0.78
Representações emocionais (5)	0.88

Nota. $n = 148$.

Neste estudo foi utilizado o *alpha* de Cronbach como medida de confiabilidade da análise da escala global da QPE, apresentando um valor de .82 ($n = 148$). Na escala relacionada com a saúde composta por 34 itens foi obtido o coeficiente de Kuder-Richardson (*K-R*, utilizado quando as escalas são dicotómicas) de .91, sendo que a escala de alterações de saúde apresenta um *K-R* = .85 e a escala de alterações de saúde atribuídas ao envelhecimento apresenta um *K-R* = .86 ($n = 148$). Em relação à confiabilidade das dimensões do QPE, neste estudo verificamos a consistência interna das diferentes dimensões do constructo através do *alpha* de Cronbach, apresentando uma variação entre .60 e .88, o que garante uma consistência moderada em duas dimensões e boa nas restantes cinco dimensões (ver tabela 5).

Após análise de correlação das dimensões do QPE verifica-se um coeficiente de Spearman a variar entre -.64 e .82 (ver tabela 6). Estas sub-escalas estão maioritariamente correlacionadas significativamente porque medem dimensões de um mesmo constructo que, neste caso, é a percepção do envelhecimento. Por exemplo, o controlo negativos está associado negativamente com a duração crónica ($r_s = -.15, p = .062$) e com a duração cíclica ($r_s = -.52, p < .001$), com resultados semelhantes aos encontrados por Barker et al. (2007), indicando que os indivíduos que assumem maior controlo em relação a experiências negativas relacionadas com o envelhecimento são menos conscientes do envelhecimento e experienciam menor variabilidade nas suas experiências deste processo. Igualmente a escala consequências positivas está relacionado com o controlo positivo ($r_s = -.34, p < .001$), com resultados similares aos de Barker et al. (2007).

Tabela 6

Correlação (Spearman) das dimensões externas da QPE

Dimensões		Duração crónica	Duração cíclica	Representação emocional	Controlo positivo	Controlo negativo	Consequências positivas	Consequências negativas
Duração crónica	r_s	1.00	.03	.17*	.21*	-.15	.21*	.21*
	p	---	.756	.044	.010	.062	.010	.011
Duração cíclica	r_s		1.00	.61***	.16	-.52***	.13	.46***
	p		---	.000	.058	.000	.105	.000
Representação emocional	r_s			1.00	.16*	-.64***	.07	.61***
	p			---	.045	.000	.369	.000
Controlo positivo	r_s				1.00	.04	.34***	.10
	p				---	.614	.000	.242
Controlo negativo	r_s					1.00	-.07	-.59***
	p					---	.367	.000
Consequências positivas	r_s						1.00	.02
	p						---	.818
Consequências negativas	r_s							1.00
	p							---

Nota. $n = 148$.* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

O QPE é um instrumento com boas propriedades psicométricas para avaliar as percepções do envelhecimento, contribuindo assim, para um melhor entendimento da experiência única que é o envelhecimento.

4. Procedimento de recolha de dados

No procedimento de recolha de dados foram seguidos os cuidados éticos de Canter, Bennett, Jones, e Nagy (1996). Com antecedência, foi pedida autorização à direcção do EBV (ver anexo I) para o realizar deste estudo e foi obtida aprovação da entidade que a tutela, a Secretaria Regional dos Assuntos Sociais (ver anexo II).

Posteriormente houve uma reunião com a administração do lar e a psicóloga, com o intuito de ser definido a melhor forma para a recolha dos dados. Foram definidos dois horários: um de manhã e outro à tarde, para os funcionários se dirigirem à sala de formação, garantindo assim uma gestão dos recursos humanos de forma a não interferir com o bom funcionamento dos serviços.

Os dados foram recolhidos no mês de Março e Abril, tendo a aplicação das escalas sido efectuadas em grupos de 20 pessoas na sala de formação do EBV, ao longo de vários dias. Foi facultada uma lista com os funcionários do EBV onde foi assinalada a presença de

cada um dos inquiridos aquando da entrada na sala de formação para lhes ser administradas as escalas.

Antes de iniciarem o preenchimento das escalas foi solicitado aos inquiridos que assinassem um termo de consentimento onde constava toda a informação acerca dos objectivos do estudo e dos cuidados éticos inerentes ao mesmo (ver anexo III). Posteriormente foram transmitidas as instruções de preenchimento dos instrumentos, havendo sempre a o cuidado de certificar que todas as pessoas compreendiam os objectivos e as instruções dadas.

Muitos dos inquiridos necessitaram de apoio do investigador na altura do preenchimento para lhes clarificar algum termo ou alguma dúvida quanto às afirmações efectuadas pela negativa, presentes nas escalas.

As escalas administradas foram codificadas, não havendo qualquer relação com o inquirido, mantendo assim a privacidade e a confidencialidade dos dados.

5. Procedimentos estatísticos

Após a recolha de todas as escalas aplicadas, estes dados foram introduzidos na base de dados do programa estatístico SPSS-versão 19 (*Statistical Package for the Social Sciences*) para posterior análise. Foram contabilizados os totais brutos de cada instrumento e os totais para cada dimensão das respectivas escalas.

Para descrever as características da população realizou-se uma análise descritiva efectuando o cálculo de frequências, percentagens, medidas de tendência central (médias) e medidas de dispersão ou variabilidade (desvio padrão).

Posteriormente foi testada a normalidade das variáveis para assim verificar se seriam utilizados os testes paramétricos ou os testes não paramétricos. Como tal, foi efectuada uma análise aos dados obtidos através do teste estatístico kolmogorov-Smirnov e através dos valores estandardizados (Z) da assimetria e curtose.

A normalidade das variáveis através dos *scores Z* da assimetria e curtose é calculado através da divisão da assimetria e curtose pelo respectivo erro padrão. Quando os valores obtidos são superiores a 1.96 é rejeitada a hipótese da normalidade das variáveis e, como tal, é aconselhada a utilização de testes não paramétricos (Field, 2009).

Utilizou-se o teste paramétrico t de Student para comparar duas amostras independentes em que se cumprem os pressupostos de normalidade e homogeneidade das

variâncias; e o teste não paramétrico de Mann-Whitney para comparação de dois grupos independentes (Martins, 2011).

Para testar as hipóteses que estabelecem associações entre as variáveis foi utilizado o coeficiente de correlação de Spearman.

Em todos os testes utilizados, as análises foram efectuadas com um intervalo de confiança (IC) de 95% sendo determinado para alguns deles a magnitude do efeito (ES) através das fórmulas desenvolvidas por Cohen (citado por Coelho, Cunha, & Martins, 2008) (ver anexo IV).

Para a análise da magnitude do efeito foi utilizada a interpretação proposta por Cohen em 1988 (citado por Coelho et al., 2008; Morgan, Leech, Gloeckner, & Barrett, 2011): para as magnitudes de efeito de diferenças o $d=0.20$ considera-se como uma magnitude pequena ou fraca; $d= 0.50$ como moderada e $d= 0.80$ como forte. Para as magnitudes de efeito em termos de força de associação (r ou Φ): 0.10 é uma magnitude pequena; 0.30 média ou moderada; 0.50 forte; e 0.70 muito forte.

Capítulo VI. Apresentação e discussão dos resultados

1. Análise Descritiva

1.1. Autoconceito

Sendo o autoconceito definido como a percepção que o indivíduo tem de si nos vários domínios, foi efectuado através de tratamento estatístico (medidas de tendência central e de dispersão) uma análise de cada uma das dimensões (ver tabela 7).

Tabela 7

Medidas de tendência central e de dispersão das pontuações brutas das dimensões da TSCS:2

Escala (n.º de itens)	Média (M)	Desvio Padrão (DP)	MIN	MAX
Identidade (21)	90.39	8.86	66	105
Satisfação (21)	83.39	9.43	60	103
Comportamento (20)	77.56	8.95	56	96
Autoconceito físico (14)	52.34	7.23	33	68
Autoconceito ético-moral (12)	50.34	5.40	32	60
Autoconceito pessoal (12)	50.01	6.03	34	60
Autoconceito familiar (12)	49.83	5.61	31	60
Autoconceito social (12)	48.83	5.66	37	60
Autoconceito académico (12)	44.15	6.16	30	58
Autoconceito total (12)	295.49	29.47	227	346

Nota. n = 148.

Para a amostra de 148 indivíduos o autoconceito total apresenta como média o valor 295.49 com um desvio padrão de 29.47, um valor mínimo de 227 e um máximo de 346.

Em relação à identidade, que é a dimensão que reflecte “quem sou eu” o valor médio é de 90.39 com um desvio padrão de 8.86, um valor mínimo de 66 e um máximo de 105.

A dimensão satisfação, que reflecte a aceitação do indivíduo apresenta um valor médio de 83.39 com um desvio padrão de 9.43, um mínimo de 60 e um máximo de 103.

A dimensão comportamento, que representa a percepção do indivíduo em relação à forma como funciona e actua tem um valor médio de 77.56 com um desvio padrão de 8.95, um mínimo de 56 e um máximo de 96.

Em relação às dimensões externas, o autoconceito físico que engloba itens relacionados com a saúde, aparência, sexualidade, competência e capacidade física, apresenta uma média de 52.34 com um desvio padrão de 7.23, um mínimo de 33 e um máximo de 68.

O autoconceito ético-moral sendo a dimensão que reflecte a valorização moral do sujeito, os sentimentos de ser bom ou mau, correcto ou não do ponto de vista ético apresentou neste estudo uma média de 50.34 com um desvio padrão de 5.40, um mínimo de 32 e um máximo de 60.

O autoconceito pessoal refere-se à percepção dos valores pessoais e dos sentimentos em relação a si mesmo. Neste estudo apresenta um valor médio de 50.01 com um desvio padrão de 6.03, um mínimo de 34 e máximo 60.

O autoconceito familiar reflecte os sentimentos de valorização e de crenças do indivíduo enquanto membro de uma família. Da análise da tabela 5, verifica-se que esta dimensão apresenta um valor médio de 49.83 com um desvio padrão de 5.61, um mínimo de 31 e um máximo de 60.

O autoconceito social é a dimensão que nos transmite como o indivíduo percebe a sua pertença, adequação e valor num determinado contexto, foi obtido um valor médio da amostra de 48.83 com um desvio padrão de 5.66, um mínimo de 37 e um máximo de 60.

O autoconceito académico reflecte a forma como o indivíduo se percebe e como pensa que é visto pelos outros em relação à performance escolar e/ou no trabalho. Neste estudo o valor médio foi de 44.15 com um desvio padrão de 6.16, uma mediana de 44, um mínimo de 30 e um máximo de 58.

Assim, a dimensão interna com um valor médio mais elevado é a identidade (90.39) e o mais baixo é o comportamento (77.56). Nas dimensões externas, a que apresenta um valor médio mais elevado é o autoconceito físico (52.34) e o valor médio mais baixo é o autoconceito académico (44.15).

1.2. Percepção da velhice

Sendo o questionário de percepção sobre o envelhecimento um elemento de avaliação multidimensional, foi efectuado através de tratamento estatístico (medidas de tendência central e de dispersão) uma análise de cada uma das dimensões (ver tabela 8).

Neste estudo, para uma amostra de 148 indivíduos foi obtido para a dimensão identidade (crença acerca da natureza da doença e a sua ligação aos sintomas) um valor médio de 36.43 com um desvio padrão de 38.14, um mínimo de 0 e um máximo de 117.

Em relação as dimensões que descrevem a experiência de mudanças relacionadas com a saúde nas que se referem às alterações experienciadas foi obtido um valor médio de 5.61 com um desvio padrão de 4.04, uma mediana de 5, um mínimo de 0 e um máximo de 16. No que diz respeito às alterações experienciadas relacionadas com o envelhecimento,

apresenta um valor médio de 2.47 com um desvio padrão de 3.23, uma mediana de 1, um mínimo de 0 e um máximo de 15.

Tabela 8

Medidas de tendência central e dispersão das dimensões do QPE

Escala (n.º de itens)	Média (M) ^a	Desvio Padrão (DP)	MIN	MAX	Média (DP) de Junqueira (2010) ^b	Média (DP) de Yassine (2011) ^c
Duração crónica (5)	3.69	0.94	1	5	3.04 (0.70)	3.05 (0.67)
Duração cíclica (5)	2.74	0.94	1	5	2.84 (0.87)	2.85 (0.83)
Consequências positivas (3)	3.89	0.84	2	5	3.69 (0.71)	3.70 (0.70)
Consequências negativas (5)	3.01	1.07	1	5	3.50 (0.83)	3.41 (0.81)
Controlo positivo (5)	3.92	0.82	1	5	3.67 (0.62)	3.65 (0.61)
Controlo negativo (4)	3.25	0.93	1	5	2.86 (0.81)	2.85 (0.76)
Representações emocionais (5)	2.70	1.10	1	5	2.69 (0.92)	2.65 (0.86)
Alterações Experimentadas	5.61	4.04	0	16		
Alter. Exper.(Envelhecimento)	2.47	3.23	0	15		
Identidade	36.43	38.14	0	117		

Nota. a. $n = 148$; b. $n = 100$ (idades entre os 64 – 79 anos); c. $n = 146$ (idades maiores de 64 anos).

Em relação à dimensão duração crónica (consciência sobre o envelhecimento é crónica) o valor médio é de 3.69 com um desvio padrão de .94, mínimo 1 e máximo 5, apresentado a nossa amostra resultados médios superiores aos de Junqueira (2010) e Yassine (2011), com amostras de idosos,

No que se refere à dimensão duração cíclica (a crença sobre o envelhecimento varia) o valor médio é de 2.74 com um desvio padrão de .94, mínimo 1 e máximo 5. Nesta escala os trabalhadores do EBV apresentam valores inferiores aos da amostra de idosos avaliados por Junqueira (2010) e Yassine (2010). Assim, os trabalhadores da EBV apresentam uma visão mais crónica e menos cíclica do envelhecimento do que os idosos avaliados por Junqueira e Yassine.

A dimensão consequência positiva (impacto do envelhecimento visto de forma positiva) apresenta um valor médio de 3.89 com um desvio padrão de .84, um mínimo de 2 e um máximo de 5, apresentando valores médios superiores aos das amostras idosas de Junqueira (2010) e Yassine (2011).

A dimensão consequência negativa (impacto do envelhecimento visto por um prisma negativo) apresenta um valor médio de 3.01 com um desvio padrão de 1.07, um mínimo de 1 e um máximo de 5. Os valores médios são inferiores aos apresentados por Junqueira (2010) e Yassine (2011), parecendo indicar que o impacto do envelhecimento visto pela amostra dos trabalhadores do EBV é menos negativo que o da amostra de idosos.

O controlo positivo (crença de controlo sobre as experiências positivas) apresenta um valor médio de 3.92 com um desvio padrão de .82, um mínimo de 1 e máximo de 5. Estes valores médios são superiores aos encontrados por Junqueira (2010) e Yassine (2011) em amostras de idosos.

O controlo negativo (crença de controlo sobre as experiências negativas) apresenta um valor médio de 3.25 com um desvio padrão de .93, um mínimo de 1 e máximo 5, apresentados valores médios superiores aos da amostra de idosos, indicando que tem uma maiores crença de controlo sobre as experiências negativas do envelhecimento que os idosos.

A dimensão representações emocionais (resposta emocional negativa gerada pelo envelhecimento) apresenta um valor médio de 2.70 com um desvio padrão de 1.10, mediana de 2, com um mínimo de 1 e máximo 5. Estes valores médios são bastante semelhantes aos da amostra idosa, no entanto ligeiramente superiores.

A primeira vista, os resultados parecem indicar que os trabalhadores da EBV apresentam uma percepção mais positiva do envelhecimento do que a dos idosos, o que contradiz os resultados de Trentini et al. (2006) e de Sampaio et al. (2011), que tinham encontrado que os cuidadores de idosos têm uma percepção deturpada em relação ao processo de envelhecimento, e ressaltavam a tendência que esse profissional tem em enxergar de forma mais negativa a velhice do que o próprio idoso.

2. Análise inferencial e correlacional

Neste ponto do trabalho são testadas as hipóteses formuladas através de uma análise dos resultados estatísticos no sentido de permitir responder às questões de investigação, retirando as respectivas conclusões.

Antes de ter sido tomada uma decisão em relação aos testes estatísticos a serem utilizados para a análise dos dados, foi determinada a normalidade da distribuição dos dados através do teste Kolmogorov-Smirnov para as dimensões da escala TSCS:2 e também para as dimensões do questionário QPE (ver tabelas 9 e 10).

Os resultados do teste Kolmogorov-Smirnov demonstram que as dimensões de autoconceito da escala TSCS:2 (moral, pessoal, social, familiar, identidade e satisfação) não apresentam uma distribuição normal ($p < .05$). Os valores estandardizados de assimetria e de achatamento confirmam que as distribuições destas escalas não são normais (> 1.96) com

excepção do autoconceito social e satisfação, que apresentam valores inferiores a 1.96 daí considerar estas duas escalas como normais.

Tabela 9

Medidas de dispersão e resultados do teste Kolmogorov-Smirnoff ao nível da escala TSCS:2

Dimensões da TSCS:2	K-S Test	p	Z_{assimetria}	Z_{curtose}
Autoconceito físico	.05	.200	1.23	0.51
Autoconceito moral	.08*	.028	2.40	0.07
Autoconceito pessoal	.10***	.001	2.61	0.83
Autoconceito familiar	.08*	.026	2.57	0.02
Autoconceito social	.09**	.007	1.12	1.84
Autoconceito académico	.07	.065	0.64	0.97
Autoconceito total	.06	.200	1.54	1.60
Identidade	.11***	< .001	4.09	0.32
Satisfação	.08*	.015	0.82	1.46
Comportamento	.06	.200	1.05	1.29

Nota. $n = 148$.

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

Os resultados do teste Kolmogorov-Smirnov demonstram que todas as dimensões do QPE apresentam uma distribuição não normal ($p < .05$) e os *scores Z* de assimetria e achatamento superiores a 1.96 confirmam este resultado.

Tabela 10

Medidas de dispersão e resultados do teste Kolmogorov Smirnoff ao nível do QPE

Dimensões da QPE	K-S Test	p	Z_{assimetria}	Z_{curtose}
Duração crónica	.33***	< .001	3.70	0.11
Duração cíclica	.25***	< .001	0.95	2.19
Representação emocional	.27***	< .001	1.51	2.45
Controlo positivo	.34***	< .001	6.01	6.19
Controlo negativo	.18***	< .001	2.60	0.44
Consequências positivas	.288***	< .001	2.78	0.27
Consequências negativas	.194***	< .001	0.14	2.14
Alterações de saúde experienciadas	.121***	< .001	2.78	1.57
Alter. atribuídas ao envelhecimento	.222***	< .001	8.08	6.15
Identidade	.242***	< .001	2.55	3.13

Nota. $n = 148$.

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

2.1. Influência da idade na forma como o indivíduo percebe o envelhecimento

Foi testada a hipótese «com o avançar da idade a percepção sobre o envelhecimento é mais negativa» através do teste Mann-Whitney (U), pois, as variáveis não apresentam um comportamento normal.

Nesta análise foram agrupadas as idades seguindo os critérios propostos por Papalia e Olds (1992). Este faz uma divisão cronológica das idades segundo o desenvolvimento humano com as suas respectivas transformações, dividindo assim a fase adulta em três faixas: a idade adulta jovem, a meia idade adulta e a idade adulta tardia (> 65 anos). Como a amostra deste estudo tem uma variação de idades entre os 21 e os 65, estes foram considerados na base de dados do SPSS 0 = [21,40] como idade adulta jovem e 1 = [41;65] como meia idade adulta.

Após análise da tabela 11, verificam-se diferenças significativas entre os adultos jovens e os de meia idade adulta ao nível da escala de duração crónica ($U = 1940$, $p = .050$), duração cíclica ($U = 1568.5$, $p < .001$), representação emocional ($U = 1646$, $p = .001$), controlo negativo ($U = 1521$, $p < .001$), escala das consequências negativas ($U = 1611$, $p = .001$) e escala de identidade ($U = 764$, $p < .001$).

Tabela 11

Diferenças entre os adultos jovens e os adultos de meia idade ao nível da percepção sobre o envelhecimento

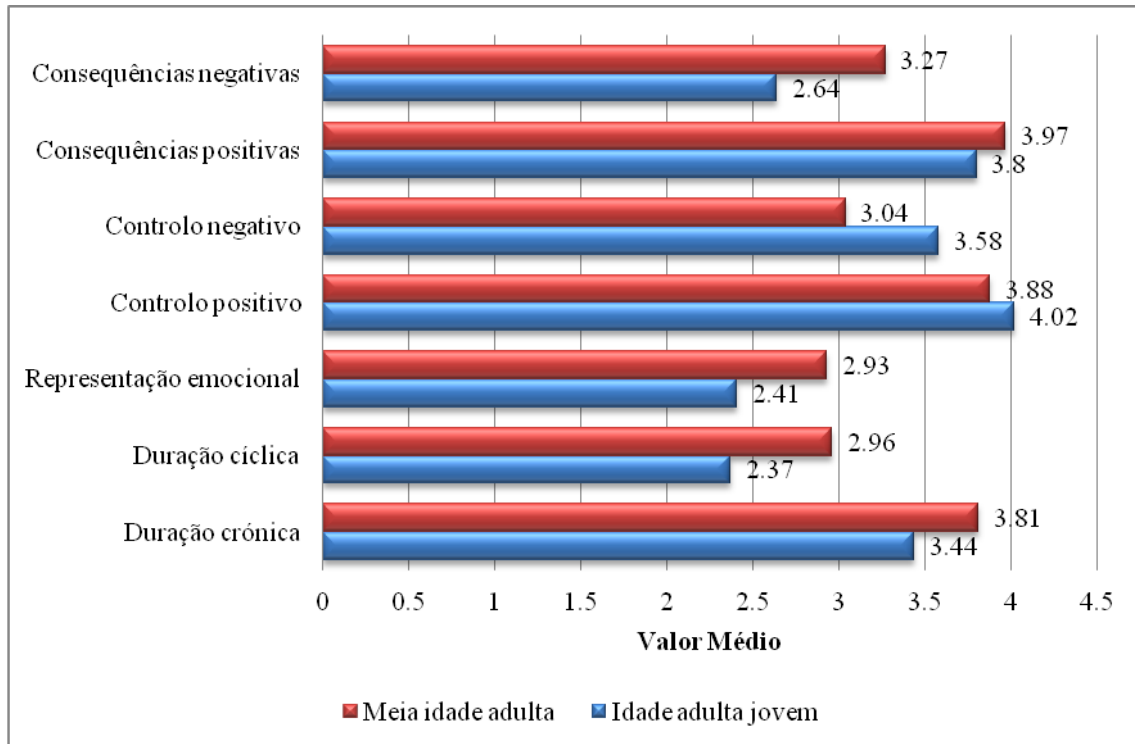
Variáveis	Idade		U	p	r _G
	Média (DP)				
	Adulta jovem (n = 52)	Meia idade (n = 91)			
Duração Crónica	3.44(1.06)	3.81(0.85)	1940*	.050	.18
Duração Cíclica	2.37(0.77)	2.96(0.95)	1568.5***	< .001	.34
Representação Emocional	2.41(1.3)	2.93(1.07)	1646**	.001	.30
Controlo Positivo	4.02(0.82)	3.88(0.85)	2045	.127	-.13
Controlo Negativo	3.58(0.94)	3.04(0.91)	1521***	< .001	-.36
Consequências positivas	3.80(0.88)	3.97(0.83)	2143	.310	.09
Consequências negativas	2.64(1.06)	3.27(1.02)	1611.5**	.001	.32
Alterações de saúde experienciadas	3.06(2.55)	6.93(4.05)	1021.5***	< .001	.57
Alter. de saúde atribuídas ao envelhecimento	0.52(1.29)	3.58(3.51)	813***	< .001	.66
Identidade APQ	13.53(27.61)	52.03(36.72)	764***	< .001	.61

Nota. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

Perante estes resultados deduz-se que neste estudo, os adultos com mais idade têm uma visão do processo de envelhecimento como sendo mais crónica do que os mais novos, tendo a idade um efeito pequeno ($r_G = .18$) segundo as convenções de Cohen, experienciando também as variações de consciência do envelhecimento de uma forma mais cíclica do que os mais novos com uma magnitude do efeito moderado ($r_G = .34$) (ver figura 1).

Keong (2010), utilizando o QPE em idosas viúvas (entre os 60 e 89 anos) encontrou resultados semelhantes. Os resultados demonstram que, à medida que a idade avança, os idosos vão adquirindo uma consciência cada vez mais crónica do seu envelhecimento.

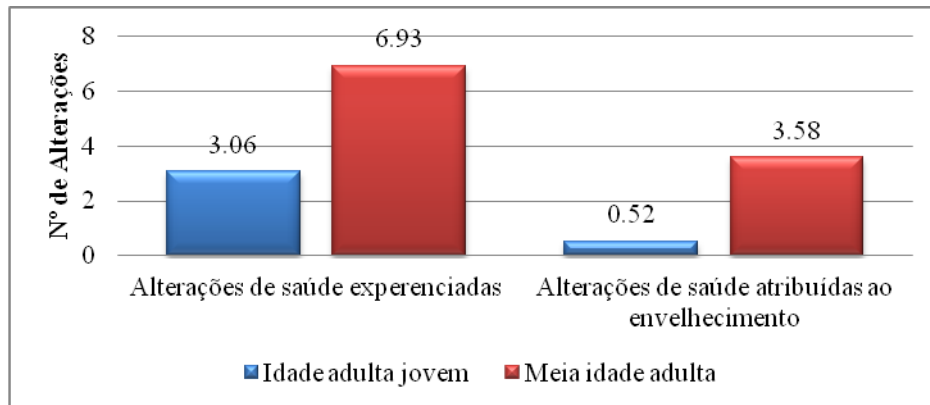
Figura 1. Gráfico dos valores médios das dimensões do QPE, em função da idade



Os adultos mais jovens têm uma resposta emocional gerada pelo envelhecimento menos negativa do que os adultos de meia-idade, tendo a idade um efeito moderado ($r_G = .30$) na representação emocional. Os adultos mais jovens também apresentam valores mais baixos na escala de consequências negativas (influência da idade é moderada, $r_G = .36$) e apresentam também, uma maior crença de controlo sobre as experiências negativas que podem advir com o envelhecimento (influência também moderada, $r_G = .32$).

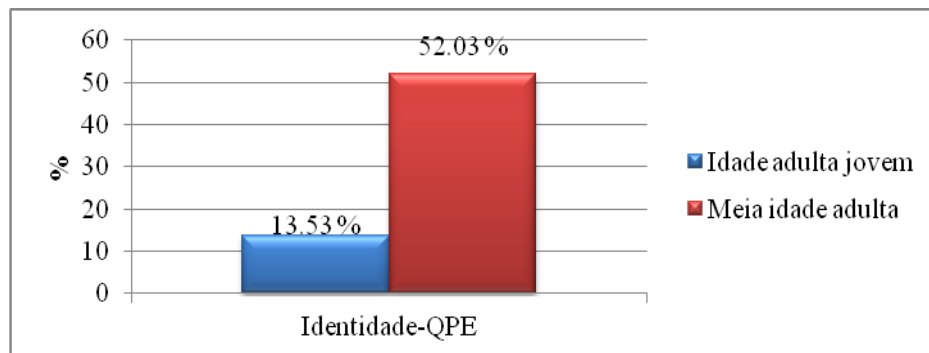
Junqueira (2010), utilizando o QPE numa amostra de idosos (entre os 65 e 79 anos) verificou que a dimensão Controlo Negativo atinge valores mais elevados em idades mais avançadas e a dimensão Representações Emocionais apresenta valores inferiores à medida que a idade avança. Apesar disso, estas diferenças não são significativas. Consequências positivas foi a única dimensão a apresentar uma diferença significativa, apontando no sentido de que a auto-percepção do envelhecimento tende a tornar-se menos adaptativa e cada vez mais negativa em função da idade, indo ao encontro com os nossos resultados. Igualmente Keong (2010) encontrou que as emoções negativas aumentam com a idade, sendo a faixa etária dos 70-79 anos a que mais crenças têm nas consequências negativas do processo de envelhecimento, assim como nas emoções negativas que este desperta.

Figura 2. Gráfico do número médio de alterações de saúde, em função da idade



Através da figura 2, constata-se que os adultos de mais idade tem um valor médio de alterações de saúde superior aos adultos jovens ($r_G = .57$), e que os mesmos atribuem muitas dessas alterações ao seu envelhecimento, apresentando um valor médio muito superior aos adultos jovens ($r_G = .66$). Em ambos os casos surge uma influência forte da idade. Em consequência destes resultados, na escala de identidade (ver figura 3) os adultos de meia idade apresentam um valor muito superior aos adultos jovens sendo o efeito da idade nesta dimensão também forte ($r_G = .61$).

Figura 3. Gráfico dos valores médios em % da dimensão Identidade, em função da idade



Os resultados acima apresentados corroboram a hipótese levantada de que com o avançar da idade a percepção sobre o envelhecimento é mais negativa e vai ao encontro ao defendido por Goldman e Duke (citados por Ron, 2007), que à medida que o indivíduo se torna mais velho, as suas atitudes para com os mais velhos tornam-se cada vez mais negativas.

Kotter-Gruhn et al. (2009) defendem que a auto-percepção do envelhecimento, está relacionada também com o bem-estar subjectivo e ancorada no domínio do *Self* e da personalidade e como tal, num estudo longitudinal realizado na Alemanha por Kleinspehn-

Ammerlahn et al., ficou demonstrado que os indivíduos com mais idade demonstravam uma menor satisfação para com o envelhecimento.

Uma possível explicação para estes resultados poderá ser suportada pelo facto de alguns adultos de meia-idade deste estudo já terem experienciado algumas perdas relacionadas com a idade, uma vez que, apresentam diferenças significativas em relação ao grupo mais jovem na escala de alterações físicas experienciadas atribuídas ao envelhecimento. Essa atribuição negativa poderá ter suporte numa comparação temporal entre a sua condição actual e a sua condição em fases mais jovens Barker et al. (2007) mencionam que, a existência de problemas de saúde poderá provocar não apenas um efeito negativo sobre a percepção sobre o envelhecimento como também, de forma indirecta, na percepção da sua própria saúde.

Outra possível explicação poderá estar relacionada com as habilitações académicas dos indivíduos constituintes de cada grupo, uma vez que o grupo com mais idade tem um nível académico mais baixo, e, segundo a teoria, é um facilitador para o internalizar de estereótipos em relação ao envelhecimento (Jan, Poon, Kim, & Shin, 2004).

Na escala de consequências negativas, ou seja, se o envelhecimento torna as coisas mais difíceis, o grupo de mais idade tem valores mais altos o que poderá significar, não só uma percepção menos adaptativa como uma menor sensação de bem-estar em relação ao envelhecimento (Steverink, Westerhof, Bode, & Dittmann-Kohli, 2001).

É de ressaltar que os estudos quanto à influência da idade na percepção sobre o envelhecimento não são unânimes nos resultados pois em alguns deles, como por exemplo os de Yassine (2011), a amostra de sujeitos com mais idade apresentam percepções mais positivas sobre o envelhecimento, podendo ser as estratégias de *coping* utilizadas pelos mais velhos a razão para tais resultados.

Sendo assim, os resultados confirmam a hipótese 1: Com o avançar da idade a percepção sobre o envelhecimento é mais negativa.

2.2. Influência do género na forma como o indivíduo percebe o envelhecimento

Para testar a hipótese «o género feminino percebe de forma mais positiva o envelhecimento» foi aplicado o teste Mann-Whitney (*U*), uma vez que as escalas não apresentam um comportamento normal.

Tabela 12

Diferenças entre o género feminino e masculino ao nível da percepção sobre o envelhecimento

Variáveis	Género		U	p	r _G
	Feminino (n = 135)	Masculino (n = 12)			
Duração Crónica	3.68(0.94)	3.67(0.99)	801	.944	-0,33
Duração Cíclica	2.74(0.94)	2.67(0.99)	743	.617	-0,01
Representação Emocional	2.72(1.10)	2.50(1.09)	715	.478	-0,08
Controlo Positivo	3.92(0.82)	3.92(0.9)	809.5	.997	-0,11
Controlo Negativo	3.21(0.92)	3.67(1.07)	579	.093	0,00
Consequências positivas	3.90(0.85)	3.75(0.75)	693	.370	0,28
Consequências negativas	3.07(1.03)	2.42(1.38)	558.5	.065	-0,14
Alterações de saúde experienciadas	5.77(4.1)	3.58(2.81)	564	.081	-0,30
Alterações atribuídas ao envelhecimento	2.63(3.31)	0.42(0.67)	470.5*	.012	-0,42
Identidade	37.70(37.89)	18.98(38.23)	578	.088	-0,28

Nota. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

Através dos resultados verifica-se que só existem diferenças de género significativas ao nível da escala de alterações de saúde atribuídas ao envelhecimento ($U = 470.5$; $p = .012$), sendo que as mulheres apresentam valores significativamente superiores aos homens (ver tabela 12).

No entanto, pelo facto de nesta amostra o sexo masculino ser em número muito inferior ($n = 12$), a validade destes resultados poderá ser colocada em questão, uma vez que a diferença do tamanho da amostra poderá ter influência.

Junqueira (2010), também utilizando o QPE, não encontrou diferenças significativas entre homens e mulheres ao nível da percepção do envelhecimento. Outros autores como De Paola, Griffin, Young, e Neimeyer (2003), Foos, Clark, e Terell (2006) e Sijuwade (1991), também não encontraram diferenças de género em relação às atitudes acerca do envelhecimento.

O facto de só na escala de alterações de saúde experienciadas atribuídas ao envelhecimento deste estudo ter sido encontrada uma diferença significativa quanto ao género, aliada ao facto de este resultado pode ser produto de uma amostra heterogénea, não encontramos dados suficientes e com validade para confirmar a hipótese 2.

2.3. Influência das habilitações académicas na forma como o indivíduo percebe o envelhecimento.

Para testar a hipótese «quanto maior o grau de instrução a percepção sobre o envelhecimento é mais positiva» inicialmente foi aplicado o teste de significância das

diferenças, o Kruskal-Wallis, pois, as escalas apresentam um comportamento não normal e temos quatro grupos independentes. Estes grupos (1º ciclo, 2º ciclo, 3º ciclo, secundário/superior) referem-se às habilitações académicas que foram definidas, seguindo o modelo de Morais et al. (1993, ver anexo V).

Foram encontradas diferenças significativas em função das habilitações ao nível da duração cíclica ($X^2(3) = 14.70$, $p = .002$), da representação emocional ($X^2(3) = 16.50$, $p = .001$), do controlo negativo ($X^2(3) = 15.43$, $p = .001$), das consequências negativas ($X^2(3) = 13.75$, $p = .003$), da alteração de saúde experienciadas ($X^2(3) = 20.40$, $p < .001$), da alteração da saúde atribuída ao envelhecimento ($X^2(3) = 28.99$, $p < .001$) e da identidade ($X^2(3) = 24.33$, $p < .001$) (ver tabela 13).

Tabela 13

Resultados do teste Kruskal Wallis das diferenças de percepção sobre o envelhecimento em função das habilitações literárias

Variáveis	Habilitações Média (DP)				X^2	p
	1º Ciclo (n = 37)	2º Ciclo (n = 17)	3º Ciclo (n = 36)	Secundário / Superior (n = 41)		
Duração Crónica	4(0.74)	3.53(0.87)	3.69(0.98)	3.51(1.05)	4.73	.193
Duração Cíclica	3.22(0.98)	2.94(1.03)	2.58(0.81)	2.56(0.78)	14.70**	.002
Representação Emocional	3.16(0.93)	2.82(1.24)	2.72(1.16)	2.29(1.01)	16.50**	.001
Controlo Positivo	3.89(0.84)	3.56(0.90)	3.81(0.98)	4.12(0.64)	5.24	.155
Controlo Negativo	2.99(0.91)	3.06(0.85)	3.15(0.99)	3.66(0.82)	15.43**	.001
Consequências positivas	3.97(0.83)	3.82(0.95)	3.89(0.98)	3.90(0.77)	0.31	.959
Consequências negativas	3.49(0.99)	2.94(1.09)	3.06(1.04)	2.59(1)	13.75**	.003
Alterações de saúde experienciadas	7.32(3.87)	7.35(3.89)	6.47(4.36)	3.88(2.52)	20.40***	< .001
Alterações de saúde atribuídas ao envelhecimento	3.97(3.83)	3.18(3.03)	2.83(3.48)	0.85(1.69)	28.99***	< .001
Identidade	55.61(36.05)	43.52(37.72)	40.36(39.49)	17.34(28.58)	24.33***	< .001

Nota. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

Anteriormente foi verificado através do teste Kruskal-Wallis quais as dimensões em que as habilitações académicas dos sujeitos apresentam diferenças significativas. Posteriormente foi verificado, através do teste não paramétrico U de Mann-Whitney (compara as diferenças entre dois grupos independentes em relação a uma variável ordinal), as diferenças entre cada classe de habilitação em relação às dimensões onde a diferença foi significativa (ver tabela14).

Tabela 14

Resultados dos testes *U* Mann-Whitney das diferenças de percepção sobre o envelhecimento em função das habilitações literárias

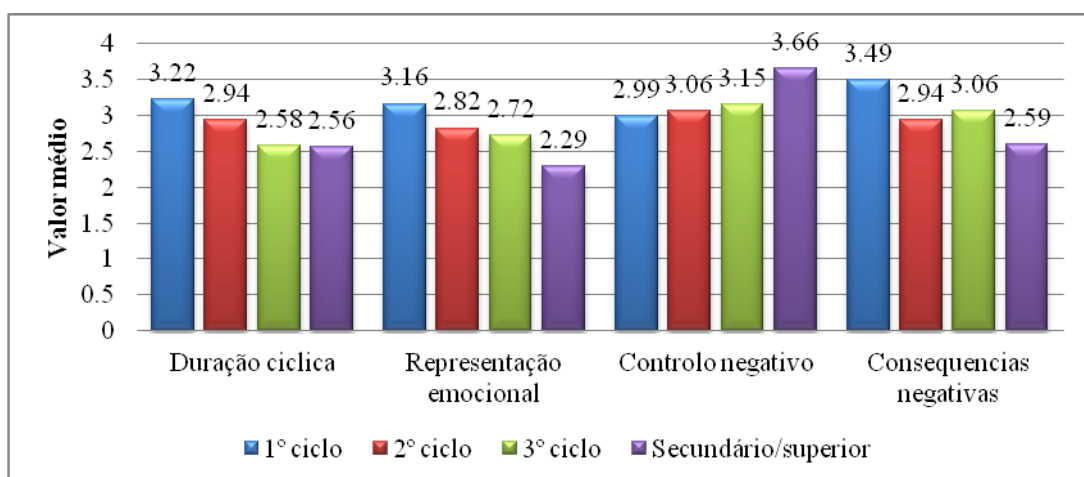
	2º ciclo	1º ciclo vs 3º ciclo	Secundário/ superior	2º ciclo vs 3º ciclo	Secundário/ superior	3º ciclo vs Secundário/ superior
Duração cíclica	277.5	462.5**	504***	287.5	315	821
Representação emocional	275.5	540.5*	436.5***	335	313	710.5
Controlo negativo	333	662	493.5***	321.5	236**	609.5**
Consequências negativas	243	580	483.5***	323.5	349	682.5*
Alteração de saúde experienciadas	338.5	609.5	393.5***	304.5	208.5**	621.5*
Alter. de saúde atribuídas ao envelhecimento	299	557	321***	304.5	202***	576.5**
Identidade	253	505.5	294.5***	288	191.5**	469.5**

Nota. Grupo com 1.º Ciclo $n = 37$; Grupo com 2.º Ciclo $n = 17$; Grupo com 3.º Ciclo $n = 36$; Grupo com Secundário ou Ensino Superior $n = 41$.

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

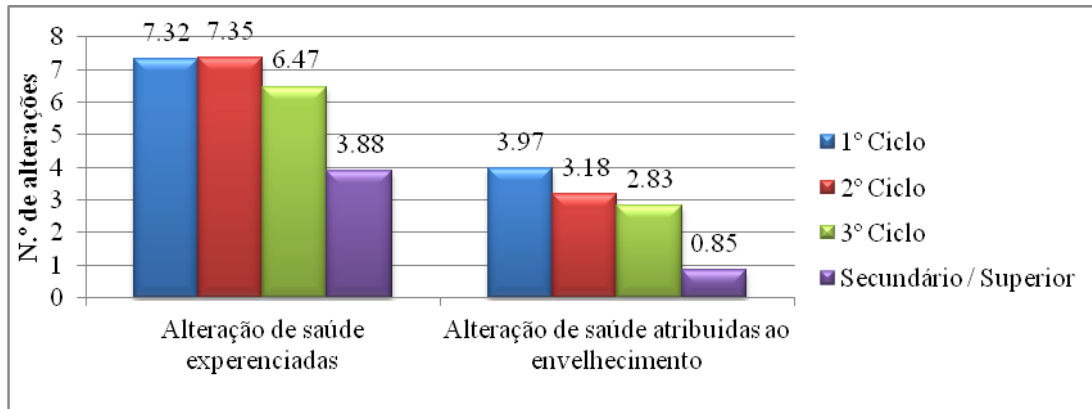
Os resultados do teste *U* de Mann-Whitney apresentados na tabela 14 indicam que os trabalhadores que têm o 1º ciclo apresentam valores superiores aos que têm o 3º ciclo nas escalas de duração cíclica e de representação emocional; e superiores também aos que têm o secundário e ensino superior nas escalas de duração cíclica, representação emocional, consequências negativas, alterações de saúde experienciadas, alterações de saúde atribuídas ao envelhecimento e na escala de identidade. Na escala de controlo negativo os trabalhadores que têm o 1º ciclo apresentam valores inferiores em relação ao que têm o secundário/ensino superior (ver figuras 4, 5 e 6).

Figura 4. Gráfico das médias nas dimensões do QPE com diferenças ao nível das habilitações académicas



Em relação aos trabalhadores que têm o 2º ciclo, estes apresentam valores superiores aos que têm o secundário /superior nas escalas de alterações de saúde experienciadas, alterações de saúde atribuídas ao envelhecimento e na escala de identidade.

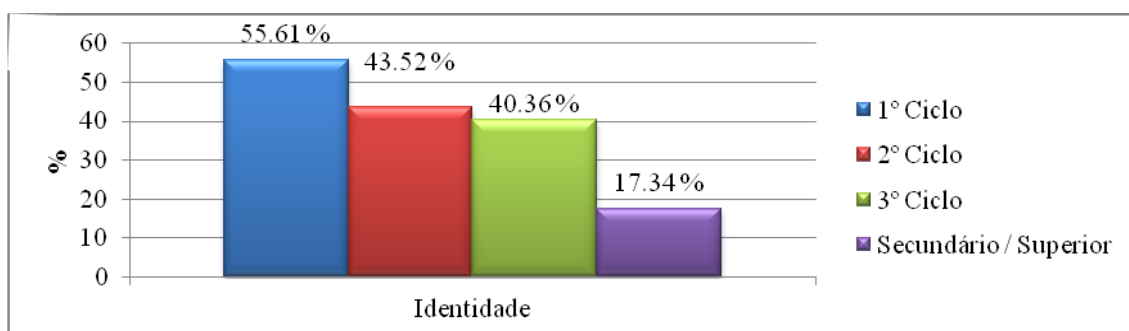
Figura 5. Gráfico do número de alterações de saúde, em função das habilitações



Os trabalhadores do 3º ciclo apresentam valores superiores aos do secundário nas escalas de consequências negativas, alterações de saúde experienciadas e alterações de saúde atribuídas ao envelhecimento e na escala de identidade. Na escala de controlo negativo, os trabalhadores que têm o 3º ciclo apresentam valores inferiores em relação aos que têm o secundário/ensino superior.

As pessoas com ensino secundário/superior tiveram resultados significativos, na duração cíclica, não apresentando grandes variações de consciência em relação ao envelhecimento, na representação emocional apresentam o valor mais baixo, o que significa que são os que têm menos sentimentos negativos em relação ao envelhecimento, têm uma maior crença de controlo sobre os aspectos positivos e negativos que advêm com o envelhecimento e têm os valores mais baixos na dimensão consequências negativas o que transmite que têm uma visão mais positiva sobre as consequências do envelhecimento.

Figura 6. Gráfico da dimensão Identidade, em função das habilitações



É de salientar que os resultados (ver figuras 4, 5 e 6) referentes ao grupo de pessoas com o 1º ciclo são sempre os mais afastados em relação aos do secundário/superior, sendo o grupo que apresenta uma visão mais negativa sobre o envelhecimento.

Resultados semelhantes foram encontrados no estudo de Jan et al. (2004), com uma amostra de 291 indivíduos entre os 60 e os 90 anos na Coreia, onde comprovou a hipótese

que indivíduos com baixo nível de escolaridade apresentam maiores níveis de percepções negativas tanto para com a saúde como em relação ao processo de envelhecimento.

Foos et al. (2006) referem nos resultados dos seus estudos que a relação entre o conhecimento acerca do envelhecimento e as atitudes acerca do mesmo vão depender do quão positivo é esse conhecimento, ou seja, altos níveis de conhecimento positivo está associado com um decréscimo da ansiedade em relação ao envelhecimento.

Perante estes dados deduz-se que nesta amostra (trabalhadores do EBV) as habilitações académicas têm influência na percepção sobre o envelhecimento confirmando a hipótese de investigação que quanto maior as habilitações académicas, mais positiva é a percepção sobre o envelhecimento.

2.4. Influência da idade na formação do autoconceito.

No sentido de testar a hipótese «**o autoconceito é mais forte com o avançar da idade**» inicialmente foi aplicado o teste das diferenças de *U* de Mann-Whitney para as dimensões do autoconceito que apresentam um comportamento não normal e o teste das diferenças T-student para as dimensões que apresentam um comportamento normal em função da variável idade (ver tabela 15 e 16).

Também nesta análise foi feito um agrupamento das idades seguindo os critérios propostos por Papalia e Olds (1992). Assim, a amostra deste estudo tem uma variação de idades entre os 21 e os 65 sendo considerado na base de dados do SPSS 0 = [21,40] como idade adulta jovem e 1= [41;65] como meia-idade adulta.

Tabela 15

Diferenças entre os adultos jovens e os de meia idade ao nível do autoconceito (dimensões com distribuição normal) em função da idade

Variáveis	Idade		Notas T		t (141)	d
	Média (DP)		Adulta jovem	Meia-idade adulta		
AC Físico	55.77(6.13)	50.54(6.98)	54.74(8.48)	47.51(9.65)	4.50***	.79
AC Social	50.46(5.70)	47.89(5.52)	52.88(10.08)	48.34(9.76)	2.65**	.46
AC Académico	47.13(5.48)	42.53(5.80)	54.85(8.89)	47.37(9.42)	4.66***	.81
AC Total	307.58(25.49)	288.93(29.21)	54.10(8.65)	47.77(9.91)	3.84***	.67
Satisfação	86.42(9.01)	81.78(9.18)	53.21(9.55)	48.29(9.74)	2.93**	.51
Comportamento	79.60(8.24)	76.52(9.07)	52.27(9.21)	48.83(10.14)	2.02*	.35

Nota. Grupo adulto jovem $n = 52$; Grupo meia idade adulta $n = 91$.

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

Os resultados apresentados na tabela 15 indicam que o autoconceito total dos adultos de meia idade é significativamente menor ($t(141) = 3.84, p < .001$) do que os de idade adulta jovem, sendo o valor do efeito moderado ($d = 0.67$).

Tabela 16

Diferenças entre os adultos jovens e os de meia idade ao nível do autoconceito (dimensões com distribuição não-normal) em função da idade

Variáveis	Idade Média (DP)		Notas T		U	r_G
	Adulta jovem	Meia- idade adulta	Adulta jovem	Meia- idade adulta		
AC Moral	51.69(4.79)	49.74(5.34)	52.50(8.87)	48.89(9.88)	1905	-.19
AC Pessoal	51.52(4.96)	49.08(6.51)	52.51(8.23)	48.46(10.80)	1907	-.19
AC Familiar	51.00(5.63)	49.16(5.55)	52.08(10.04)	48.81(9.90)	1872.5*	-.21
Identidade	94.42(6.58)	88.11(9.30)	54.55(7.43)	47.42(10.50)	1412.5***	-.40

Nota. Grupo adulto jovem $n = 52$; Grupo meia idade adulta $n = 91$. AC = Autoconceito.

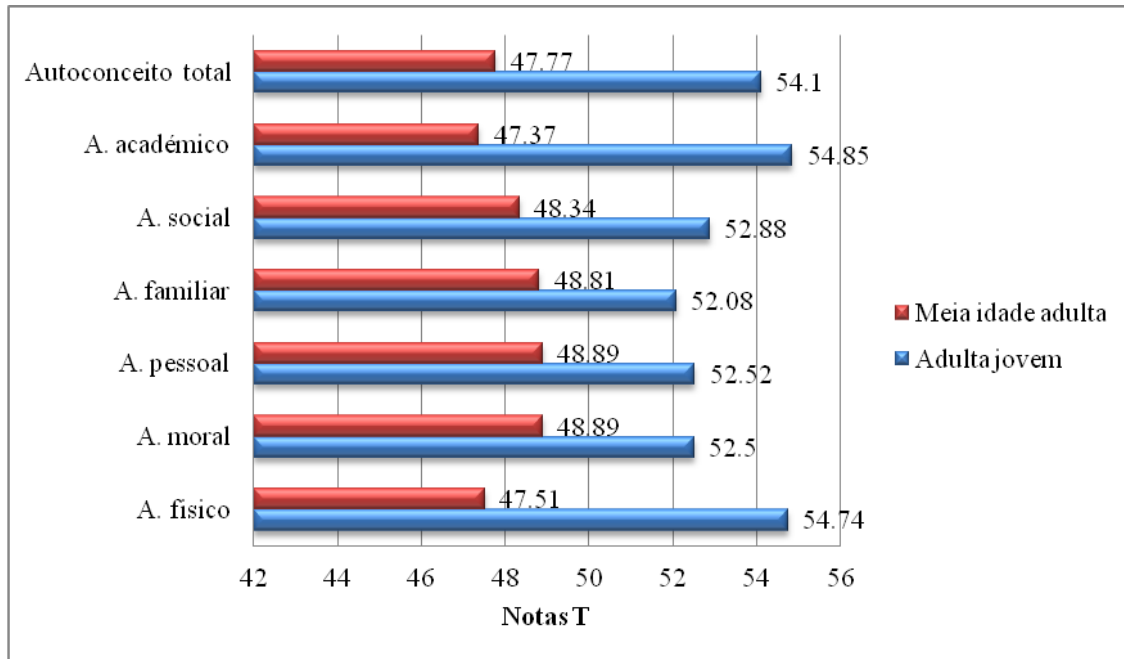
* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

Analisando os resultados de uma forma mais específica, é de relatar que os adultos de meia idade apresentam valores significativamente inferiores nas escalas do autoconceito físico ($t(141) = 4.50, p < .001$), autoconceito familiar ($U = 1872.5, p = .038$), autoconceito social ($t(141) = 2.65, p = .009$) e de autoconceito académico ($t(141) = 4.66, p < .001$) (ver figura 7).

A idade tem um efeito forte (Cohen) no autoconceito físico ($d = 0.79$) e no autoconceito académico ($d = 0.81$), isto é, há uma diferença acentuada entre os sujeitos de idade adulta jovem e os adultos de meia-idade nestas dimensões, visto que, segundo Novo (2003), o autoconceito físico na idade adulta avançada é o alvo mais negativo de uma auto-avaliação. Na amostra do presente estudo, como o grupo com mais idade tem algumas pessoas a entrar nesta fase, poderá ter contribuído para a diferença dos resultados, uma vez que a este autoconceito estão associados aspectos de morbilidade, aparência e estado de saúde.

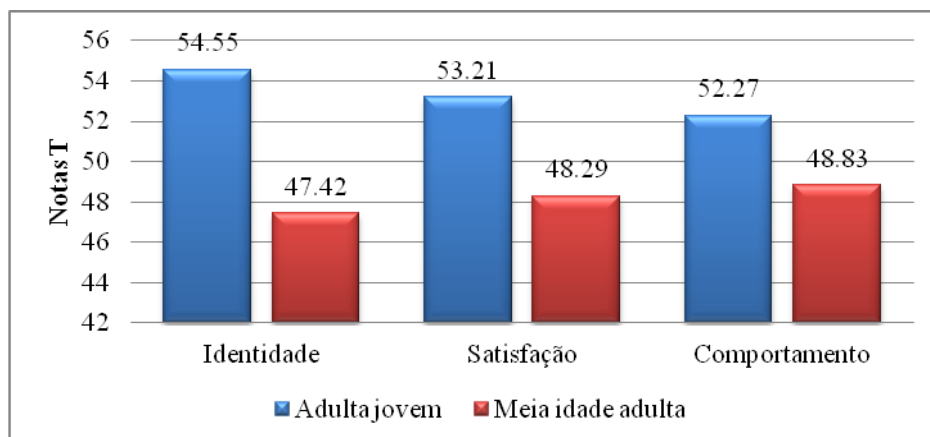
Nas escalas de identidade, satisfação e comportamento, dimensões internas do autoconceito, é demonstrado novamente que há diferenças significativas entre os adultos jovens e os de meia idade adulta ($U = 1872.5, p = .038$; $t(141) = 3.84, p < .001$ e $t(141) = 3.84, p < .001$ respectivamente) sendo que os primeiros têm valores superiores. Estes resultados demonstram que os adultos mais jovens têm um sentimento mais positivo acerca de si próprio (ver figura 8).

Figura 7. Gráfico da média das notas T das dimensões do autoconceito, em função da idade



Estes resultados vêm contrariar a hipótese “o autoconceito se tornar mais forte com a idade” apresentada neste estudo, tais como os resultados encontrados nos estudos de A. Rocha (2007). Também no estudo de Cunha e Ferreira (2010), intitulado “Solidão e Autoconceito na Idade Adulta e Velhice”, o grupo da idade adulta apresentou um melhor autoconceito em relação aos de mais idade (idosos) com uma diferença significativa ($t = 2.41; p = .017$).

Figura 8. Média das notas T das dimensões externas do autoconceito, em função da idade



Especula-se que esta contradição poderá ser explicada pelo facto das pessoas com mais idade serem as que mais atribuem a suas alterações de saúde como advindas com a idade (apresentaram valores significativos de alterações de saúde experienciadas atribuídas ao envelhecimento em relação aos mais jovens). Estas alterações podem fazer diminuir a sua

auto-estima e conseqüentemente o seu autoconceito, visão esta também defendida por Leuschner citado por Cunha e Ferreira (2010), que refere existirem alguns autores que admitem uma tendência regressiva do autoconceito, principalmente a partir dos 60 anos, isto porque há uma diminuição da auto-estima, das relações pessoais gratificantes e dos sentimentos de eficácia, pois as mudanças físicas e cognitivas podem contribuir para uma construção de uma imagem negativa sobre si.

2.5. Relação entre autoconceito e percepção sobre o envelhecimento.

Foi testada a hipótese «Um autoconceito mais fraco está relacionado com uma percepção mais negativa sobre o envelhecimento» e para tal, foi realizado o coeficiente de correlação de Spearman e o respectivo teste de significância (ver tabela 17).

Tabela 17

Correlações de Spearman entre o autoconceito e a percepção sobre o envelhecimento

Dimensões da escala	AC Físico	AC Moral	AC Pessoal	AC Familiar	AC Social	AC Académico	AC Total
Duração Crónica	-.01	.09	.02	-.005	.10	-.10	.01
Duração Cíclica	-.31***	-.29***	-.14	-.28***	-.32***	-.38***	-.35***
Representação Emocional	-.31***	-.36***	-.22**	-.33***	-.36***	-.42***	-.40***
Controlo Positivo	.10	.08	.19*	.06	.13	-.16	.14
Controlo Negativo	.17*	.20*	.18*	.25**	.31***	.33***	.29***
Conseq. Positivas	.10	.18*	.13	.18*	.17*	.12	.18*
Conseq. Negativas	-.29***	-.17*	-.17*	-.27**	-.27**	-.34***	-.32***
Alterações de saúde experienciadas	-.55***	-.22**	-.17*	-.23**	-.28**	-.40***	-.40***
Alter. atribuídas ao envelhecimento	-.28**	-.13	-.01	-.16*	-.21*	-.28**	-.21**
Identidade	-.06	-.01	.07	-.08	-.11	-.16	-.06

Nota. $n = 148$, AC = Autoconceito.

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

Os resultados apresentados na tabela 17 permitem afirmar que, nesta amostra, a duração crónica não parece ter qualquer relação com qualquer escala do autoconceito.

A escala de duração cíclica está relacionada negativamente com a escala do autoconceito físico ($r_s = -.31$, $p < .001$), do autoconceito moral ($r_s = -.29$, $p < .001$), do autoconceito familiar ($r_s = -.28$, $p < .001$), do autoconceito social ($r_s = -.32$, $p < .001$), do autoconceito académico ($r_s = -.38$, $p < .001$) e do autoconceito total ($r_s = -.35$, $p < .001$). Quanto maior o autoconceito físico, moral, familiar, social, académico e total, menor a variação na consciência de percepção do envelhecimento.

A escala de representação emocional está relacionada negativamente com todas as escalas constituintes do autoconceito ($r_s = [-.42 ; -.22]$; $p < .001$). Neste estudo, deduz-se que quanto maior o autoconceito menor a resposta emocional negativa gerada pelo envelhecimento.

A escala de controlo positivo está relacionado com a escala do autoconceito pessoal ($r_s = .19$, $p = .021$) o que leva a inferir que quanto maior o autoconceito pessoal maior a crença de poder controlar as experiências positivas que podem advir com o envelhecimento, ou seja, que dependam do indivíduo para que estas possam ocorrer.

O controlo negativo também está relacionado com todas as escalas do autoconceito ($r_s = [.17 ; .33]$; $p = [<.001 ; .038]$). Quanto maior o autoconceito maior a crença de controlo sobre as experiências negativas que advém com o envelhecimento.

A escala de consequências positivas está relacionada com o autoconceito moral ($r_s = .18$, $p = .025$), autoconceito familiar ($r_s = .18$, $p = .028$), autoconceito social ($r_s = .17$, $p = .034$) e autoconceito total ($r_s = .18$, $p = .026$). Quanto maior o autoconceito moral, familiar, social e total, maior a crença das consequências positivas do envelhecimento. O valor do efeito é pequeno para todas as escalas.

A escala das consequências negativas está relacionada negativamente com todas as escalas do autoconceito ($r_s = [-.34 ; -.17]$; $p = [<.001 ; .042]$), sendo que, quanto maior o autoconceito menor a crença de consequências negativas do envelhecimento.

A escala das alterações de saúde experienciadas está relacionada negativamente com todas as escalas do autoconceito ($r_s = [-.55 ; -.17]$; $p = [<.001 ; .043]$). Quanto maior o autoconceito menor as alterações de saúde experienciadas.

Na escala de alterações de saúde atribuídas ao envelhecimento podemos verificar que está relacionada negativamente com o autoconceito físico ($r_s = -.28$, $p = .001$), autoconceito familiar ($r_s = -.16$, $p = .048$), autoconceito social ($r_s = -.21$, $p = .010$), autoconceito académico ($r_s = -.27$, $p = .001$) e autoconceito total ($r_s = -.21$, $p = .009$). Poderá deduzir-se que quanto maior o autoconceito menor as alterações de saúde atribuídas ao envelhecimento.

Assim, um maior autoconceito parece estar relacionado positivamente com uma percepção do envelhecimento mais positiva. Sendo o autoconceito a maneira que o indivíduo se determina, incluindo aspectos físicos, psíquicos, sociais, materiais e espirituais, e sendo o autoconceito um elemento da nossa personalidade, é possível, como indica Santana (2003), que ela influenciará nossas percepções perante os objectos, pessoas e nossas relações, incluindo a nossa percepção sobre a velhice, sendo assim de fundamental importância para a formação de um indivíduo seguro, capaz, feliz e vitorioso.

Outro aspecto importante do autoconceito está relacionado com as ideias que cada um tem sobre quem se pode tornar, quem gostaria de ser e de quem tem medo de se tornar que foi desenvolvida por Markus e Nurius (citado por A. Rocha, 2007) e incorpora esperanças e sonhos para o *self* assim como medos e ansiedades para os não desejados. Assim, Novo (2003), citando Neugarten, menciona que a forma como o indivíduo desenvolve a percepção de si próprio ou seu autoconceito conforme vai envelhecendo engloba expectativas que são desenvolvidas e interiorizadas durante o ciclo de vida e precedem com o avançar da idade. Nesta trajetória haverá pontos mais altos e outros baixos e as expectativas ocorrem do encontro com idosos no seu dia-a-dia. Em consequência das auto-percepções negativas acerca do envelhecimento, as expectativas e comportamentos do indivíduo que envelhece podem ser também negativas (A. Rocha, 2007).

Esta relação entre autoconceito e percepção sobre o envelhecimento, e o facto que ambos, nesta amostra, tendem a ser mais negativos conforme aumenta a idade, pode ser explicada através dos estereótipos do envelhecimento, os quais são criados e incorporados internamente ao longo da vida e contribuem para a formação da autopercepção sobre o envelhecimento. Estes estereótipos são subscritos pelos idosos e pelos não idosos e muitas vezes são aceites e incorporados pelos jovens sem muito questionamento. Uma vez que a resposta dos outros com base nos estereótipos, pode ser negativa, há tendência em se adoptar o mesmo tipo de comportamento/atitude. Ao envelhecer, estes conceitos prévios fazem parte da personalidade dos indivíduos e podem produzir efeitos negativos de incapacidade e inutilidade (L. Rocha, 2010). Como parte do nosso *self* é construído tendo por base o que é, em parte, esperado de nós, os idosos adoptam esses mesmos comportamentos negativos face a eles mesmos só porque é o que deles é esperado socialmente (A. Rocha, 2007).

2.6. Influência da formação na área da saúde na forma como o indivíduo percepçiona o envelhecimento

Para verificar se é confirmada a hipótese «**Os profissionais com formação na área da saúde têm uma percepção mais positiva sobre o envelhecimento**» foi utilizado o teste de diferenças *U* Mann-Whitney (ver tabela 18).

Nesta análise os profissionais foram agrupados em dois grupos no SPSS, sendo os primeiros os “sem formação” na área de saúde, onde foram incluídos os profissionais do apoio directo, cozinha, refeitório, ocupação e secretária, sendo atribuído o valor 0, enquanto os “com formação” foram incluídos os profissionais da enfermagem, fisioterapia e serviço

técnico (serviço de psicologia e serviço social), sendo atribuído o valor 1, pois estes, na sua formação académica, tiveram instrução na área de saúde.

Tabela 18

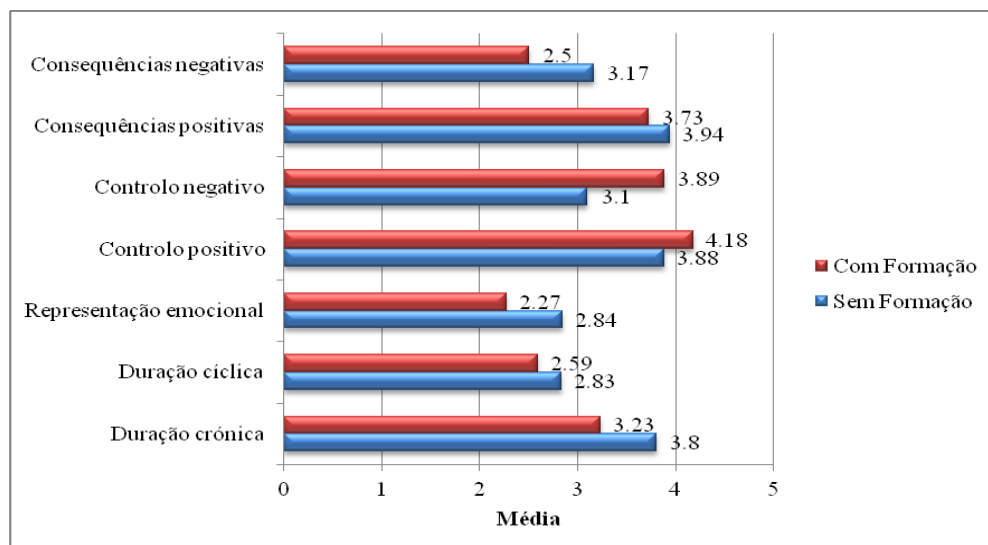
Resultado do teste *U* Mann-Whitney ao nível da percepção do envelhecimento em função da formação na área de saúde

Variáveis	Formação na área da saúde Média (DP)		<i>U</i>	<i>p</i>	<i>R_G</i>
	Sem formação (n = 115)	Com formação (n = 22)			
Duração crónica	3.80(0.84)	3.23(1.19)	1194	.061	-0.22
Duração cíclica	2.83(0.95)	2.59(0.79)	1234.5	.114	-0.19
Representação emocional	2.84(1.10)	2.27(1.08)	1039**	.008	-0.32
Controlo positivo	3.88(0.85)	4.18(0.66)	1179.5*	.042	0.23
Controlo negativo	3.10(0.93)	3.89(0.74)	674.5***	< .001	0.56
Consequências positivas	3.94(0.87)	3.73(0.70)	1373	.396	-0.10
Consequências negativas	3.17(1.03)	2.50(1.10)	1002**	.005	-0.34
Alterações de saúde experienciadas	6.47(4.00)	3.54(1.84)	889.5**	.001	-0.42
Alterações atribuídas ao envelhecimento	2.97(3.41)	0.86(1.58)	886.5**	.001	-0.42
Identidade	42.03(37.85)	21.97(36.24)	837*	.010	-0.34

Nota. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

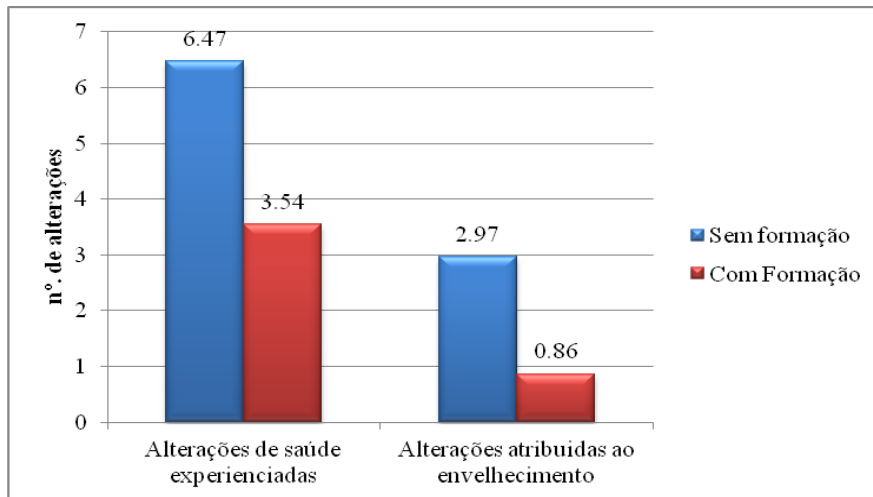
Analisando a tabela 18 foram encontradas diferenças significativas entre os profissionais com e sem formação na área da saúde ao nível da representação emocional ($U = 1039$, $p = .008$), do controlo positivo ($U = 1179.5$, $p = .042$), do controlo negativo ($U = 674.5$, $p < .001$), das consequências negativas ($U = 1002$, $p = .005$), das alterações de saúde experienciadas ($U = 889.5$, $p = .001$), das alterações de saúde atribuídas ao envelhecimento ($U = 886.5$, $p = .001$) e da identidade ($U = 837$, $p = .010$).

Figura 9. Gráfico das médias das dimensões da percepção sobre o envelhecimento, em função da formação na área de saúde



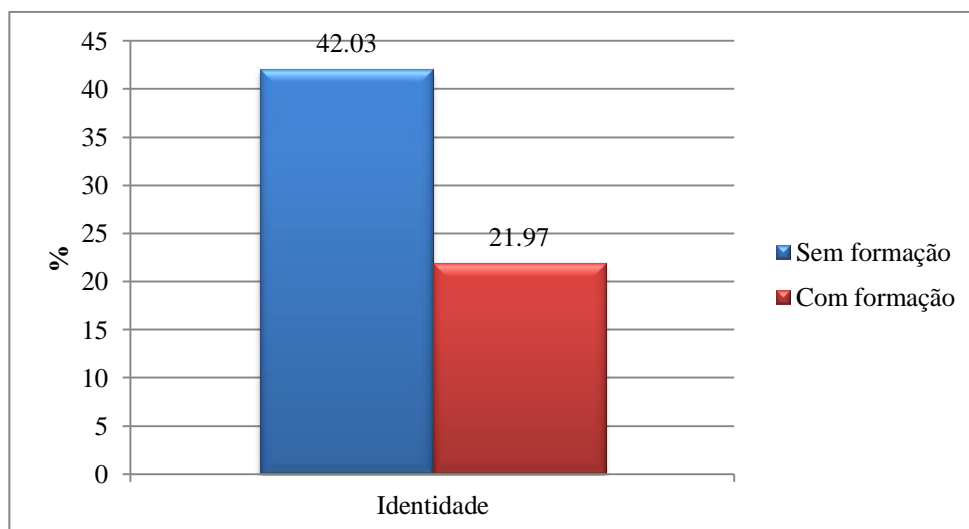
Os profissionais que têm formação na área da saúde apresentam valores mais elevados nas escalas de controlo positivo e de controlo negativo e valores inferiores nas escalas de representação emocional, consequências negativas (ver figura 9), alterações de saúde experienciadas, alterações de saúde atribuídas ao envelhecimento e identidade (ver figuras 10 e 11).

Figura 10. Gráfico do número de alterações de saúde experienciadas em função da formação na área da saúde



O valor do efeito na escala de controlo negativo é de $r_G = .56$, o que indica que há uma forte influência da formação na área de saúde na crença de controlo sobre as experiências negativas.

Figura 11. Gráfico da dimensão Identidade, em função da formação na área da saúde



Estudos de Nidiffer e Moore, Polozzi e Steitz (citados por Cachioni & Aguilar, 2008) com profissionais da área da gerontologia também sugerem que quanto mais alto o grau de

formação e de conhecimentos, maior a tendência para uma percepção mais realista e distante de avaliações extremas sobre a velhice.

No estudo de Freire, Areias, e Rabelo (citado por Cachioni e Aguilar, 2008) foram investigadas as atitudes de 200 estudantes universitários que desenvolviam práticas com pessoas idosas nas áreas de saúde e das ciências humanas para com a velhice, sendo que, as respostas da maioria foram moderadamente positivas. Os resultados encontrados confirmam os de outros estudos da literatura tais como os de Cachioni (2002), Ezequiel e Sonzogno (2006), Neri e Jorge (2006). Também são semelhantes aos dados encontrados na literatura internacional, como em Fitzgerald et al. (2003) e Stuart-Hamilton (2000).

3. Regressão Múltipla: Preditores das representações emocionais do envelhecimento

Foi efectuada uma análise de regressão múltipla para investigar os melhores preditores que explicam as representações emocionais sobre o envelhecimento, uma vez que a dimensão “representação emocional” avalia a resposta emocional induzida pelo envelhecimento através de sentimentos negativos, tais como raiva, medo, depressão, ansiedade, preocupação e tristeza, e tem sido associada a alterações negativas de saúde e a uma baixa resiliência (Barker et al., 2007), considera-se por bem verificar qual seria neste estudo a dimensão do autoconceito que teria uma maior influência na formação do mesmo.

Nesta análise foram incluídas as variáveis sociodemográficas e as dimensões do autoconceito.

Os resultados indicam que os parâmetros que são melhor preditores em relação as representações emocionais sobre o envelhecimento são as habilitações académicas ($\beta = -.279$) e o AC académico ($\beta = -.228$).

A combinação das variáveis prediz 20.1 % (R^2) com um decréscimo de 5.3% em relação ao R^2 ajustado ($R^2 = 25.4\%$). O modelo I (variáveis sociodemográficas) explica 8.9% da variância ($F(3,133) = 5.42, p = .002$) e o modelo II (dimensões autoconceito) explica 11.2 % da variância na representação emocional ($F(9,127) = 4.79, p < .001$), o que de acordo com Cohen (citado por Field, 2011) este modelo tem um efeito moderado (ver tabela 19).

Para determinar a adequação do modelo foram observados os resíduos estandardizados dos diferentes casos (Field, 2011) sendo que não mais de 5 % dos casos saíram do intervalo $[-2; +2]$, (apenas cinco casos apresentaram resíduos superiores a 2 o que representa 3.65 % da amostra ($n = 137$)), e não mais de 1% dos casos apresenta valores

superiores a 2.58 (apenas um caso apresentou o valor de 2.71, representando 0.73 % da amostra).

Tabela 19

Resumo dos modelos de regressão múltipla para variáveis sociodemográficas e dimensões do autoconceito como preditores da representação emocional

Parâmetros	Coeficientes		R	R ²	R ² (corrigido)	F
	Estadardizados (β) Modelo I	Modelo II				
I - Variáveis Sociodemográficas			.33	.109	.089	5.42**
Idade	.059	.028				
Habilitações	-.279*	-.096				
Tipo de formação	-.018	-.057				
II - autoconceito			.50	.254	.201	4.79***
Autoconceito físico		-.116				
Autoconceito moral		-.170				
Autoconceito pessoal		.154				
Autoconceito familiar		-.080				
Autoconceito social		-.044				
Autoconceito acadêmico		-.228*				

Nota. n = 137.

* p < .05; ** p < .01; *** p < .001.

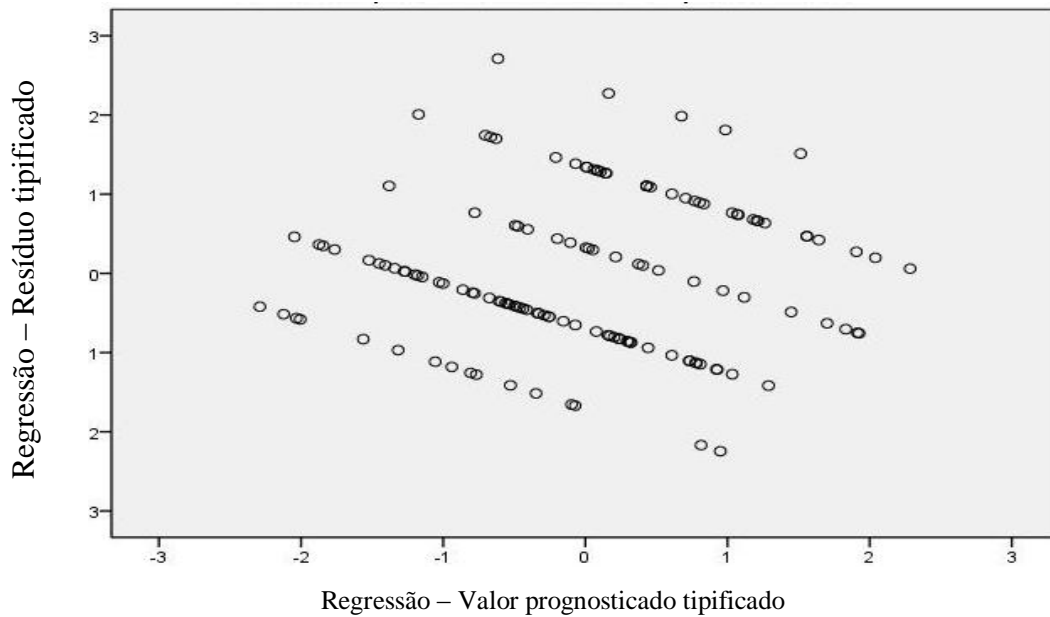
Também foram observados os valores de *Cook's distance* não sendo apresentados valores superiores a 1 e os valores de influência (*Leverage*) não foram superiores a 3(k+1)/n, onde o k é o número de preditores (9) e n é o tamanho da amostra. Estes valores indicam que a amostra em estudo não apresenta casos extremos que possam influir no modelo (Field, 2011).

Para determinar se o modelo pode ser generalizado à população foi observado se cumprira os pressupostos de colinearidade múltipla não perfeita, de homocedasticidade, da independência dos erros e da normalidade dos erros.

Para calcular a multicolinearidade foram observados os valores do VIF (*Variance Inflation Factor*) aos quais variam entre [1.70; 2.75], e os valores de tolerância (1/VIF) apresentam valores superiores a .2 sendo o valor mais baixo apresentado de .36, o que é considerado adequado (Field, 2011). Estes valores indicam-nos que não existe multicolinearidade.

Para calcular a homocedasticidade foram observados os gráficos de dispersão dos resíduos estandardizados em função dos resíduos esperados e foram encontrados padrões de pontos que cumprem com o pressuposto de homocedasticidade (ver figura 12).

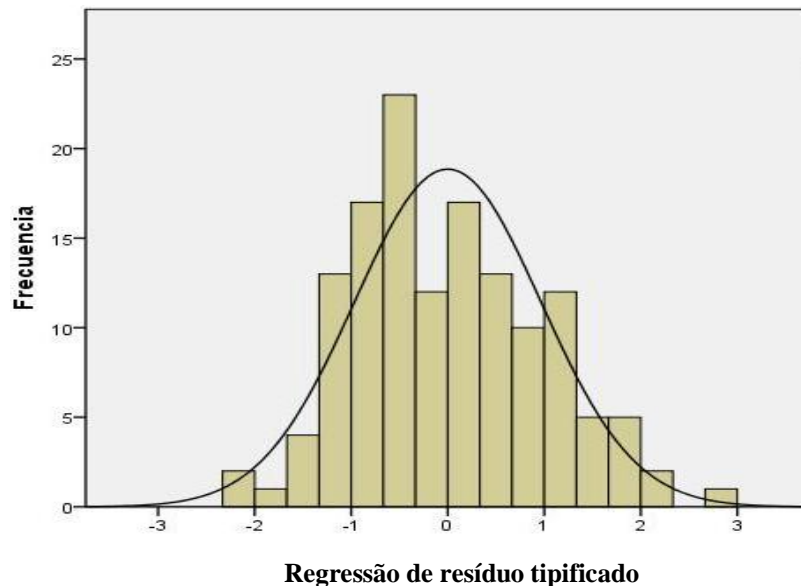
Figura 12. Gráfico de dispersão dos resíduos em relação a variável dependente representações emocionais



O pressuposto da independência dos erros foi analisado através do teste de Durbin-Watson no qual foi obtido um valor de 1.58, estando no intervalo [1;3], o que pode ser considerado como adequado.

O pressuposto de normalidade dos erros também foi cumprido tal como pode ser observado na figura 13, no qual se observa uma distribuição típica normal dos erros.

Figura 13. Histograma da distribuição dos resíduos em relação a variável dependente representações emocionais



Nota. Média = -1.73 E-15 Desvio típico = 0.966 N = 137

Uma vez cumpridos todos os critérios, pode-se resumir que o modelo apresenta-se como adequado para esta amostra e pode ser generalizável para a população.

Assim, podemos resumir que as variáveis estudadas que melhor predizem a representação emocional para com o envelhecimento são a formação e o autoconceito acadêmico, sendo que, quando maior o nível de formação e quanto maior a percepção de competência no trabalho e no estudo, mais negativa é a representação emocional que provoca o envelhecimento. Novamente, estes dados confirmam os estudos de Cachioni (2002); Fitzgerald et al. (2003), Jan et al. (2004); Stuart-Hamilton (2000).

III. CONCLUSÕES

Neste último capítulo, são apresentadas as considerações tidas como mais pertinentes, onde são sintetizados os principais resultados obtidos, as limitações deste estudo e, finalmente, sugeridas investigações futuras.

Com o aumento da longevidade, com as mudanças de papéis dos cuidadores de idosos, com a necessidade de cuidados continuados administrados por profissionais e com a institucionalização a ser um meio recorrente para os mais necessitados, este estudo foi necessário e importante, uma vez que a relação entre percepção sobre o envelhecimento e o autoconceito dos trabalhadores que prestam cuidados ao idoso é pioneiro na ilha da Madeira.

Os objectivos inicialmente propostos com o presente estudo foram atingidos de forma satisfatória, pois consideramos os dados obtidos pertinentes, para uma maior compreensão da percepção sobre o envelhecimento dos profissionais que cuidam diariamente dos idosos e assim ficamos com algumas evidências das possíveis influências do autoconceito na formação dessa percepção.

Apesar do envelhecimento ser um processo multidimensional caracterizado por um complexo conjunto de factores fisiológicos, psicológicos e sociais específicos para cada indivíduo, dependentes de uma multiplicidade de factores internos e externos, continua a haver uma visão geral estereotipada sobre o mesmo, e nem os profissionais que lidam diariamente com o idoso têm uma visão livre desses preconceitos, que poderá influenciar o seu cuidar.

Os resultados obtidos neste estudo revelaram que na percepção sobre o envelhecimento em função da idade o grupo de meia idade adulta (41 aos 65 anos) têm uma visão mais negativa sobre o envelhecimento, pois apresentam diferenças com um efeito moderado em relação ao grupo dos jovens adultos (21 aos 40 anos) a nível de representações emocionais negativas mais elevadas, sentem mais consequências negativas no processo de envelhecimento, consideram que têm pouco controlo sobre as consequências do envelhecimento. Apresentam também diferenças com um efeito forte nas alterações de saúde, ou seja, têm mais alterações de saúde e atribuem-nas ao facto de estarem a envelhecer.

Em relação ao autoconceito dos profissionais do EBV, o grupo com mais idade apresenta de uma forma significativa um autoconceito mais fraco, principalmente a nível físico e a nível académico.

Os resultados mais negativos no grupo de mais idade em relação à influência da idade no autoconceito e percepção sobre o envelhecimento poderá dever-se ao facto de que no grupo de mais idade já ocorreram algumas transformações físicas e é uma fase de vida susceptível a mais perdas e mudanças, fazendo diminuir a auto-estima e conseqüentemente o autoconceito (Cunha & Ferreira, 2010; Novo, 2003).

Quanto à influência das habilitações académicas na percepção sobre o envelhecimento, os resultados demonstram que os sujeitos com o 1º ciclo são aqueles que apresentam uma visão mais negativa, enquanto os que têm o ensino superior são os que apresentam uma visão mais positiva. Aqueles que têm formação na área de saúde apresentam de uma forma significativa um maior controlo sobre os aspectos negativos que advêm com o envelhecimento, percebem menos conseqüências negativas, e têm menos emoções negativas em relação ao envelhecimento deduzindo-se assim que a sua percepção geral sobre o envelhecimento é mais positiva.

A percepção sobre o envelhecimento é mais positiva nos indivíduos com maiores habilitações e formação sobre a saúde. Esta relação poderá advir de uma percepção mais realista e menos estereotipada sobre o envelhecimento (Cachioni & Aguilar, 2008), e o facto deste mesmo conhecimento absorvido sobre o envelhecimento e o idoso ser mais positivo (Foos et al., 2006).

Da relação entre o autoconceito e a percepção sobre o envelhecimento podemos inferir que neste estudo os indivíduos com maior autoconceito tem uma menor resposta emocional negativa sobre o envelhecimento, maior crença de controlo sobre as experiências negativas que advêm com o envelhecimento, menor alterações de saúde experienciadas e atribuem menos essas alterações ao facto de estarem a envelhecer. Assim, um maior autoconceito parece estar relacionado positivamente com uma percepção mais positiva do envelhecimento.

Os resultados obtidos na relação entre autoconceito e percepção sobre o envelhecimento, e o facto de ambos, neste estudo, serem influenciados pela idade, pode ser explicado através dos estereótipos do envelhecimento, os quais são criados e incorporados internamente ao longo da vida e contribuem para a formação de uma auto-percepção sobre o envelhecimento mais negativa e de um autoconceito mais fraco.

É de realçar que o melhor preditor das respostas emocionais negativas sobre o envelhecimento após análise multivariada foram as habilitações académicas e o autoconceito académico daí servir para alertar da grande importância que a educação desempenha na mudança de percepção e de atitudes em relação à velhice. Assim, aumentar a informação

leva as pessoas e as instituições a pensarem de forma mais positiva e realista sobre os idosos e a velhice (Aguilar & Cachioni, 2008). A educação é um importante agente promotor de novos comportamentos e de novas formas de pensar, alterando as expectativas sociais e individuais sobre a velhice.

Defende-se que a realização de pesquisas sobre envelhecimento deve ser efectuada nas diferentes faixas etárias e não apenas depois de se entrar na velhice, pois o envelhecimento é um processo individualizado que nos acompanha desde a nascença. Os estereótipos sobre o idoso e a velhice devem ser combatidos logo nas faixas etárias mais baixas com o apoio também das escolas.

No que se refere às limitações deste trabalho, consideramos que a amostra deveria ser mais abrangente e homogénea, uma vez que uma das hipóteses inicialmente elaboradas foi em relação às diferenças na percepção sobre o envelhecimento em função do género. A representatividade do sexo masculino foi muito díspar (N=12). No entanto, é de salientar que esta função de “cuidar o idoso” ainda está socialmente atribuído ao género feminino, o que torna mais difícil contornar esta limitação em outros estudos que possam vir a ocorrer. Este facto, segundo Nakatani (2003, citado por Dias et al., 2011) torna-se preocupante pelo facto de algumas actividades com os idosos exigirem grandes esforços.

No que respeita aos dados sociodemográficos, deveria constar o número de anos que cada funcionário está a trabalhar no EBV, uma vez que, o tempo de contacto e convívio com os idosos poderia ser uma variável com influência na forma de perceber o envelhecimento.

É de salientar, que existiram algumas dificuldades em encontrar estudos realizados acerca da percepção sobre o envelhecimento na faixa etária adulta dado que os estudos efectuados foram maioritariamente com idosos. Quanto aos de autoconceito os estudos foram maioritariamente efectuados em crianças e idosos o que dificultou sobremaneira a fundamentação teórica para justificar os resultados deste estudo.

Após o realizar deste estudo, seria interessante torná-lo mais abrangente, a nível Regional ou mesmo Nacional, de estabelecimentos públicos e privados de forma a aumentar a sensibilidade dos resultados.

Seria também interessante cruzar a informação da percepção sobre o envelhecimento e autoconceito dos trabalhadores com um estudo realizado aos idosos do mesmo estabelecimento a nível da qualidade e satisfação de vida com o intuito de verificar a relação entre eles.

Sugere-se que os profissionais com formação mais qualificada destas instituições, tais como os médicos, psicólogos, enfermeiros, fisioterapeutas e assistentes sociais ofereçam uma formação mais ampla aos outros profissionais de forma a que estes desmistifiquem alguns preconceitos e conheçam melhor o idoso, a nível físico, psicológico e social como ser único, para que assim a relação idoso / profissional seja uma co-construção de um amanhã de maior satisfação e qualidade de vida.

Acredita-se que a desconstrução dos mitos, crenças, e estereótipos que sustentam o processo de marginalização do idoso, poderá partir das atitudes dos próprios idosos provocando a necessária mudança de mentalidade em relação ao indivíduo que envelhece.

Poderá ser um processo lento, mas já está em andamento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abeles, R.P. (1986). *Life-span Perspectives and social psychology*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Ballesteros, F. (2000). La gerontologia positiva. *Revista multidisciplinar de gerontologia*, 10 (3), 143-145.
- Baltes, P.B., & Baltes, M.M. (1993). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In P.N. Baltes, & M.M. Baltes (Eds.), *Successful aging: Perspectives from the behavioral science* (pp. 1-34). New York: University of Cambridge.
- Barker, M., O'Hanlon, A., McGee, H., Hickey, A., & Conroy, R.M. (2007). Cross-sectional validation of the Aging Perceptions Questionnaire: a multidimensional instrument for assessing self-perceptions of aging. *BMC Geriatric*, 7 (9). doi:10.1186/1471-2318-7-9
- Base de dados Portugal Contemporâneo – PORDATA. (2011). *Quadro Resumo: Indicadores de evolução da sociedade Portuguesa*. Retirado de <http://www.pordata.pt/Portugal/Populacao+residente+total+e+por+grandes+grupos+etarios-513>
- Beja, M.J., & Franco, M.G. (2009). Questionário sobre percepções de envelhecimento (QPE) (Instrumento de avaliação psicológica não publicado).
- Boff, L. (2005). O cuidado essencial: Princípio de um novo ethos. *Inclusão social*, 1 (1), 28-35. Retrieved from <http://revista.ibict.br/inclusao/index.php/inclusao/article/view/6/11>
- Cachioni, M. (2002). *Formação profissional, motivos e crenças relativas à velhice e ao desenvolvimento pessoal entre professores de universidade da terceira idade*. (Dissertação de Mestrado). Retirado de <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=vtls000297483>
- Cachioni, M., & Aguilar, L. (2008). Crenças em relação à velhice entre alunos da graduação, funcionários e coordenadores – professores envolvidos com as demandas

- da velhice em universidades brasileiras. *Kairós*, 11 (2), 95-119. Retirado de <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/2395/1488>
- Canter, M.B., Bennett, B.E., Jones, S.E., & Nagy, T.F. (1996). *Ethics for psychologists, A commentary on the APA Ethics Code*. Washington, DC: APA.
- Cavanaugh, J. C. (1997). *Adult development and aging* (3.^a Ed.). New York: ITP.
- Cavanaugh, J. C. (1999). Theories of Aging in the Biological, Behavioral and Social Sciences. In J. Cavanaugh, & S. Whitbourne (Eds.), *Gerontology: An interdisciplinary Perspective* (pp.1-32). Oxford: Oxford University Press.
- Cecen, A.R. (2008). The effects of gender and loneliness levels on ways of coping among university students. *College student journal*, 42 (2), 510-516. Retrieved from http://www.projectinnovation.biz/csj_2006.html
- Cerqueira, M., Figueiredo, D., & Sousa L. (2004). *Envelhecer em Família – Os cuidados familiares na velhice*. Porto: AMBAR.
- Chasteen, A.L. (2000). The role of age and age-related attitudes in Perceptions of Elderly Individuals. *Basic and applied social psychology*, 22 (3), 147-156. doi: 10.1207/S15324834BASP2203_3
- Coelho, J., Cunha, L., & Martins, I. (2008). *Inferência estatística, com utilização do SPSS e G*Power*. Lisboa: Sílabo.
- Coleman, P. (1995). Facing the challenges of Aging: Development coping and Reading in life. In J. Nussbaum (Eds.), *Hanbook of Comunication and Aging Research* (pp. 39-74). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Costa, M. (2002). *Cuidar idosos: formação, práticas e competências dos enfermeiros*. Coimbra: Formasau.
- Cunha, M., & Ferreira, S. (2010). Solidão e Autoconceito na Idade Adulta e Velhice. *Interacções – sociedade e as novas modernidades*, 18, 43-63. Retirado de <http://interacoes-ismt.com/index.php/revista/article/viewFile/303/315>

- Da Silva, S. (2009). *Qualidade de vida e bem-estar psicológico em idosos* (Dissertação de mestrado). Retirado de <http://hdl.handle.net/10284/1092>
- Damásio, A.R. (1998). *O erro de Descartes: emoção, razão e cérebro*. Lisboa: Publicações Europa-America.
- De Paola, S.J., Griffin, M., Young, J.R., & Neimeyer, R.A. (2003). Death anxiety and attitudes toward the elderly among older adults: the role of gender and ethnicity. *Death Studies*, 27, 335-354. doi: 10.1080/07481180390199091
- Demakakos, P., Hacker, E., & Gjonça, E. (2006). Perception of ageing. In J. Banks, E. Breeze, C. Lessof, & J. Nazroo (Eds.), *Retirement, health and relationships of the older population in England: The 2004 English longitudinal study of ageing* (pp. 339-366). London: The Institute for Fiscal Studies.
- Demo, D. (1992). The self-concept over time: Research Issues and Directions (Abstract). *Annual Review of Sociology*, 18, 303-326. doi: 10.1146/annurev.so.18.080192.001511
- Erber, J.T., Etheart, M.E., & Szuchman, L.T. (1992). Age and forgetfulness: perceivers' impressions of targets' capability (Abstract). *Psychol Aging*, 7 (3), 479-483. Retirado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1388870>
- Erber, J.T., Szuchman, L.T., & Rothberg, S.T. (1990). Age, gender, and individual differences in memory failure appraisal (Abstract). *Psychol Aging*, 5 (4), 600-603.
- Esteban, B. (1996). *Ciências Psicosociais Aplicadas a la Salud*. Madrid: McGraw-Hill.
- Ezequiel, M.C., & Sonzogno, M.C. (2006). O idoso e a velhice sob a ótica de estudantes de medicina: uma estudo de representações sociais. *Psic. da Ed., São Paulo*, 23 (2), 123-153. Retirado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1414-69752006000200007&script=sci_arttext
- Featherstone, M., & Hepworth, M. (2005). Images of Ageing: Cultural Representation of Later Life. In M. Johnson (Ed.), *The Cambridge Handbook of Age and Ageing* (pp. 354-362). Cambridge: Cambridge University Press.

- Fernandes, S.L. (2010). Vivências em lares de idosos: Diversidade de percursos (Dissertação de Mestrado. Retirado de <http://repositorio.uportu.pt/dspace/bitstream/123456789/360/1/TME%20434%20tese.pdf>
- Field, A. (2011). *Discovering Statistics Using SPSS* (3.^a ed.). London: SAGE
- Finkelstein, L.M., Burke, M.J., & Raju, M.S. (1995). Age discrimination in simulated employment contexts: An integrative analysis (Abstract). *Journal of applied Psychology*, 80 (6), 652-663. doi: 10.1037/0021-9010.80.6.652
- Fitts, W., & Warren, W. (1996) Tenesse Self Concept Scale (TSCS:2) Revised Manual. (2.^a Ed.). California: WPS.
- Fitzgerald, J. T.; Wray, L. A.; Halter, J. B.; Williams, B. C. e Gupiano, M. A. (2003). Relating medical students knowledge, attitudes, and experience to an interest in geriatric medicine (Abstract). *The Gerontologist*, 43 (6), 849-855. Retirado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14704384>
- Fonseca, A. (2004). *O envelhecimento: Uma abordagem Psicológica*. Coimbra: Universidade Católica.
- Fonseca, A. (2005). *Desenvolvimento humano e envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fontaine, A.M., & Antunes, C. (2002/2003). Avaliação do auto-conceito e da auto-estima na adolescência: Comparação de dois instrumentos. *Cadernos de consulta psicológica*, 17-18, 119-133. Retirado de <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/14808/2/174.pdf>
- Foos, P., Clark, M., & Terrell, D. (2006). Adult Age, Gender and Race Group Differences in Images of Aging. *The Journal of Genetic Psychology*, 167 (3), 309-325. doi: 10.3200/GNTP.167.3.309-325
- Fortin, M.F. (2003). Métodos de Amostragem. In, MF. Fortin (ed.), *O processo de Investigação – da concepção à realização* (3.^a ed., pp. 201-214). Loures: Lusociência.
- Greenwald, W.G., & Pratkanis, A.R. (1984). The self. In, S. Wyer, & T. Srull (Eds), *Handbook of social cognition* (pp. 129-178). Hillsdale: Erlbaum.

- Gullette, M.M. (2011). *Agewise: Fighting the New Ageism in America*. Chicago: University of Chicago Press.
- Hattie, J. (1992). *Self-Concept*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Hesse, T. (2006). Attitudes toward Aging and Their Effects on Behavior. In J. Birren, & W. Schaie (Eds.), *Handbook of The Psychology of Aging* (6.^a ed., pp. 379-406). New York: Elsevier.
- Instituto Nacional de Estatística – INE. (2002). *O envelhecimento em Portugal: Situação demográfica e sócio-económica recente das pessoas idosas*. Lisboa: DEPC/Serviço de Estudos sobre a População.
- Instituto Nacional de Estatística – INE. (2006). A situação demográfica recente em Portugal. *Revista de Estudos Demográficos*, 38, 147-175.
- Instituto Nacional de Estatística – INE. (2009). *Estatísticas Demográficas 2008*. Retirado de http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=71446801&PUBLICACOESmodo=2
- Instituto Nacional de Estatística – INE. (2011). *Destaque – Informação à comunidade social*. Retirado de http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=129675729&DESTAQUESmodo=2
- Jan, G. Y., Poon, L.W., Kim, S.Y., & Shin, B.K. (2004). Self-perception of aging and health among older adults in Korea. *Journal of Aging Studies*, 18, 485-96. doi:10.1016/j.jaging.2004.06.001
- Junqueira, D.S. (2010). *Dimensão depressiva da personalidade e auto-percepção do envelhecimento em idosos*. (Dissertação de Mestrado). Retirado de <http://hdl.handle.net/10451/2796>
- Keong, A. (2010). *A auto-percepção do envelhecimento em idosas viúvas*. (Dissertação de Mestrado). Retirado de http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2793/1/ulfp037514_tm.pdf
- Kotter-Gruhn, D., Kleispehn-Ammerlahn, A., Gerstorf, D., & Smith, J. (2009). Self-perceptions of aging predict mortality and change with approaching death: 16-year

- longitudinal results from the Berlin aging study. *Psychology and aging*, 24 (3), 654-667. doi: 10.1037/a0016510
- Laidlaw, K., & Pachana, N.A. (2009). Aging mental health, and demographic change: Challenges for psychotherapists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40 (6), 601-608. doi: 10.1037/a0017215
- Levy, B. R., Slade, M. D., Kunkel, S. R., & Kasl, S. V. (2002). Longevity increased by positive self-perceptions of aging. *Journal of personality and social psychology*, 83 (2) 261-270. doi: 10.1037/0022-3514.83.2.261
- Markus, H., & Wurf, E. (1987). The Dynamic self-concept: a social psychology perspective. *Annual Review of Psychology*, 38, 299-337. doi: 10.1146/annurev.ps.38.020187.001503
- Marsh, H.W., & Hattie, J. (1996). Theoretical Perspectives on structure of self-concept. In B. A. Bracken (Eds.), *Handbook of self-concept – Desenvolvimento, Social and clinical considerations* (pp. 38-90). New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Martins, C. (2011). *Manual de análise de dados quantitativos com recurso ao IBM SPSS: Saber decidir, fazer, interpretar e redigir*. Braga: Psiquilibrios.
- Melo, R. (2008). Auto-conceito: Implicações no Desenvolvimento e Estratégias de coping. *Nursin*, 230, 70-76.
- Mennocchi, L.M., & Leite, L.P. (2009, Julho). *Educação do Idoso: Novos Olhares a Partir das Representações Sociais de Professores e Alunos Sobre Envelhecimento e Educação em uma Universidade Aberta à Terceira Idade*. Comunicação apresentada no IX Congresso Nacional de Psicologia Escolar e educacional ABRAPPEE. Congresso organizado pela Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo. Retrieved from http://www.abrapee.psc.br/documentos/cd_ix_conpe/IXCONPE_arquivos/TrabalhosIXCONPE.html
- Morais, A., Neves, I., Medeiros, A., Peneda, D., Fernanda, F., & Antunes, H. (1993). *Socialização primária e prática pedagógica (Vol. II)*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

- Morgan, G., Leech, N., Gloeckner, G., & Barrett, K. (2011). *IBM SPSS for introductory statistics. Use and interpretation*. New York: Routledge.
- Moscovici, F. (2001). *A organização por trás do espelho: reflexos e reflexões*. Rio de Janeiro: José Olímpio.
- Neri, A.L., & Jorge, M.D. (2006). Attitudes and beliefs toward aging among undergraduate students from the education and health fields: curriculum planning contributions. *Estud. psicol.* 23 (2). doi: 10.1590/S0103-166X2006000200003
- Netto, M. (1996). *Gerontologia: A velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Atheneu.
- Novo, R. (2003). *Para além da Eudaimonia – O Bem estar Psicológico em mulheres na idade Adulta avançada*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Oliveira, J. (2005). *Psicologia da Educação – Aprendizagem -aluno*. Porto: Livpsic.
- Oliveira, J. (2008). *Psicologia do envelhecimento e do idoso*. Porto: Livpsic.
- Organização Mundial de Saúde – OMS. (2002). *Active Aging. A policy Framework*. Genebra: OMS.
- Palmore, E.B. (1999). *Ageism: Negative and Positive*. New York: Springer Publishing Company.
- Papalia, D., & Olds, S. (1992). *Human Development* (5.^a ed.). New York: McGraw-Hill.
- Pavarini, S.C., Mendiondo, M.S., Barham, E.J., Varoto, V.A., & Filizola, C.L. (2005). A arte de cuidar do idoso: Gerontologia como profissão? *Texto & contexto enferm.*, 14 (3), 398-402. doi: 10.1590/S0104-07072005000300011
- Peixoto, F., & Mata, L. (1993). Efeitos da Idade, Sexo e Nível Sócio-Cultural no Auto-Conceito. *Análise Psicológica*, XI (3), 401-413.
- Pereira, L.S., Britto, R.R., Melo, A.E., Cavalcante, E.C., & Guerra, V.A. (2005, Outubro). *Programa Melhoria da Qualidade de Vida dos Idosos Institucionalizados*. Comunicação apresentada em Anais do 8º Encontro de Extensão da Universidade

- Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte. Retirado de http://www.ufmg.br/proex/arquivo/8Encontro/Saúde_41.pdf
- Pimentel, L. (2001). *O lugar do idoso na família: contextos e trajetórias*. Coimbra: Quarteto.
- Qualls, S., & Abeles, N. (2000). Psychology and the aging revolution. In S. H. Qualls, & N. Abeles (Eds.), *Psychology and the aging revolution: How we adapt to longer life* (pp. 73-97). Washington, DC: American Psychological Association.
- Richard, J., & Mateew-Dirkx, E. (2004). *Psychogérontologie* (2.^a Ed.). Paris: Mason.
- Rocha, A. (2007). *O autoconceito dos idosos*. (Dissertação de Mestrado). Retirado de http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/1103/1/17177_O_Autoconceito_dos_Idosos.pdf
- Rocha, L. (2010). *Tradução e Adaptação Cultural do Aging Perceptions Questionnaire (APQ) para a Língua Portuguesa Brasileira* (Dissertação de Mestrado). Retirado de http://tede.pucrs.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=3111
- Roid, G., & Fitts, W. (1989). *Tennessee Self-Concept Scale (TSCS), Revised Manual* (2th Edition). California: WPS.
- Ron, P. (2007). Elderly people's attitudes and perceptions of aging and old age: the role of cognitive dissonance? *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22 (7), 656-662. doi: 10.1002/gps.1726
- Sáez, N., Melendez, J.C., Alexandre M. (1995). Variables propiciatorias del incremento de posibilidades: diferencias entre prejubilados y jubilados. *Geriatría*, 11 (8), 371-378. Retirado de <http://www.uv.es/melendez/envejecimiento/increposibi.pdf>
- Sampaio, A., Rodrigues, F., Pereira, V., Rodrigues, S., & Dias, C. (2011). Cuidadores de Idosos: percepção sobre o envelhecimento e sua influência sobre o ato de cuidar. *Estudos e pesquisas em psicologia*, 11 (2), 590-613. Retirado de <http://www.revispsi.uerj.br/v11n2/artigos/pdf/v11n2a15.pdf>
- Sanchez., V.A., & Escribano., E. (1999). *Medição de Autoconceito*. Bauru: Edusc.

- Santana, V.H. (2003). *Avaliação do autoconceito aplicada à actividade física* (Dissertação de Mestrado). Retirado da Biblioteca Digital da Universidade Estadual de Campinas (Codigo N.º vtls000297049).
- Serra, A.V., Firmino, H., Barreiro, M., & Fael, I. (1989). Auto-conceito, Solidão e Comportamentos de Lidar com estados de tensão. *Psiquiatria clínica*, 10 (39), 157-164.
- Sijuwade, F.O. (1991). Sex differences in perception of aging among the Nigerian elderly. *Social behavior and personality*, 19 (4), 289-296.
- Silva, A., & Borges, M. (2008). Humanização da Assistência de Enfermagem ao idoso em uma Unidade de Saúde de Família. *Revista de Enfermagem Integrada*. 1 (1), 11-24. Retirado de http://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/v1/andreia_silva_e_martaborges.pdf
- Simões, A. (1982). Aspectos da Gerontologia: No ano internacional da terceira idade. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, XVI, 39-96.
- Spar, J., & La Rue, A. (2005). *Guia Prático Climepsi de Psiquiatria Geriátrica*. Lisboa: Climepsi.
- Staudinger, U.M., Dörner, J., & Mickler, C. (2005). Wisdom and personality. In R. J. Sternberg & J. Jordan (Eds.), *A handbook of wisdom: Psychological perspectives* (pp. 191–219). New York: Cambridge University Press.
- Steverink, N., Westerhof, G. J., Bode, C., & Dittmann-Kohli, F. (2001). The personal experience of aging, individual resources, and subjective well-being. *Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 56B (6), 364–373. doi: 10.1093/geronb/56.6.P364
- Stuart-Hamilton, I. (2000). Attitudes to Aging Questionnaires: Some Evidence for Potential Bias in The Desing (Abstract). *Educational Gerontology*, 26, 37-47. doi: 10.1080/036012700267385
- Stuart-Hamilton, I. (2002) *A Psicologia do envelhecimento: uma introdução* (3.ª Ed.) Porto Alegre: Artmed.

- Tamayo, A., Campos, A., Matos, D., Mendes, G., Santos, J., & Carvalho, N. (2001). A influência da actividade física regular sobre o autoconceito. *Estudos de Psicologia*, 6 (2), 157-165. doi: 10.1590/S1413-294X2001000200004.
- Trentini, C.M., Chachamovich, E., Figueiredo, M., Harakata, V.N., & Fleck, M.P. (2006). A percepção de qualidade de vida do idoso avaliada por si próprio e pelo cuidador. *Estudos de psicologia* 11 (2), 191-197. Retirado de <http://redalyc.uaemex.mx>
- Vallespir, J., & Morey, M. (2007). A participação dos idosos na sociedade: integração vs segregação. In A. Osório, & F. Pinto (Coord.), *As pessoas idosas: Contexto social e intervenção educativa* (pp. 225-251). Instituto Piaget.
- Weltzen, M. (2007). A life Span Portrait of Aging Expectations and Health Behaviors. *UW-L – Journal of Undergraduate Research*, X, 1-5. Retirado de <http://www.uwlax.edu/urc/jur-online/PDF/2007/weltzien.pdf>
- Yassine, I.M. (2011). *A auto-percepção do envelhecimento e os traços de personalidade em idosos*. (Dissertação de Mestrado). Retirado de <http://hdl.handle.net/10451/4335>

ANEXOS

ANEXO I. Termo de consentimento informado à Instituição

Exm.º Sr.

José Manuel Sousa aluno do 2º ano do Curso de Mestrado em Psicologia da Educação da Universidade da Madeira (UMa), pretende realizar, no âmbito da Investigação e Dissertação de Mestrado, um trabalho de investigação junto dos funcionários do Lar Bela Vista intitulado **“Autoconceito e percepção sobre o envelhecimento dos profissionais que lidam diariamente com o idoso”**, pois como estagiário bem acolhido nesta instituição queria de alguma forma contribuir com o meu trabalho em prol da mesma.

Pretendo com esta investigação verificar de que forma o autoconceito de cada funcionário influencia a sua percepção sobre o envelhecimento, pois os profissionais que lidam de forma directa com o idoso também podem ter atitudes negativas em relação ao mesmo, o que poderá afectar o próprio processo de envelhecimento e os comportamentos, cuidados e apoios prestados ao idoso.

Todo o processo de recolha dos dados será efectuado tendo sempre o cuidado de não afectar o normal funcionamento da instituição, sendo que previamente entrarei em contacto directo com os funcionários explicando os objectivos do estudo e pedindo o consentimento a cada um dos mesmos para a sua participação.

Assim, através deste meio solicita-se a V. Exa. autorização para a aplicação da escala de Autoconceito (TSCS:2) e o questionário de percepção sobre o envelhecimento (QPE) a cada um dos funcionários dos diferentes serviços desta instituição em Janeiro de 2012.

Desde já informo que a confidencialidade e a privacidade dos resultados obtidos serão asseguradas pelo anonimato da identificação dos profissionais. Quando finalizada, os resultados da pesquisa estarão à disposição desta instituição.

Grato pela sua atenção e certo que esta solicitação merecerá por parte de vossa Exa. toda a atenção, com os melhores cumprimentos.

O investigador

ANEXO II. Autorização da Secretaria Regional dos Assuntos Sociais

SEGURANÇA SOCIAL



REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA
SECRETARIA REGIONAL DOS ASSUNTOS SOCIAIS
CENTRO DE SEGURANÇA SOCIAL DA MADEIRA

CSSMadeira. S. 984/1/2012 . 2012-01-04

Exmº Sr.
José Manuel Rodrigues Sousa
Caminho de Santo António, Conjunto Habitacional
Levada do Cavalo, Bl. C, 2º Dto
9020-001, Santo António
Funchal

Sua Referência

Sua Comunicação de

Nossa Referência

Data:

Assunto: Pedido de autorização para realização de trabalho de investigação

Em resposta ao Vosso pedido, com registo de entrada a 23/12/2011 no Estabelecimento Bela Vista, Instituição tutelada pelo Centro de Segurança Social da Madeira, a solicitar autorização para realização de trabalho de investigação junto dos funcionários do EBV, somos a informar que o mesmo foi autorizado, devendo posteriormente ser dado conhecimento das suas conclusões.

Com os melhores cumprimentos.

A Vogal do Conselho Directivo

(Maria Fernanda Mendonça Fernandes Gomes)

ANEXO III. Termo de consentimento informado aos sujeitos da amostra

Termo de Consentimento informado

Exmo/Exma Senhor(a)

José Manuel Sousa aluno do 2º ano do Curso de Mestrado em Psicologia da Educação da Universidade da Madeira (UMa) pretende realizar, no âmbito da Investigação e Dissertação de Mestrado, um trabalho de investigação intitulado **“Autoconceito e percepção sobre o envelhecimento dos profissionais que lidam diariamente com o idoso.”**

Este estudo tem como objectivo avaliar de que forma o autoconceito influencia a forma como se percebe o processo de envelhecimento e os dados poderão servir para verificar quais as variáveis que poderão ter mais influência na formação dessa percepção.

A sua participação neste estudo é voluntária, sem danos nem prejuízos para si. A recolha dos dados será efectuada através do preenchimento de dois questionários em aproximadamente 20 minutos.

Os dados deste estudo serão codificados, assegurando o seu anonimato e a confidencialidade dos dados.

Declaro que fui informado (a) dos objectivos do estudo de maneira clara e detalhada.

Declaro que concordo em participar neste estudo e autorizo a divulgação dos resultados obtidos no meio científico, garantindo o anonimato.

Assinatura do participante: _____

Funchal, _____ de _____ de _____

ANEXO IV. Formulário

Conversão de medidas de magnitude do efeito

Conversão a partir de t para o d de Cohen

$$d = \frac{2t}{\sqrt{df}} \sqrt{\frac{\bar{n}}{n_h}}, \text{ se } n_1 \neq n_2. \quad \bar{n} = \frac{2n_1n_2}{n_1 + n_2}$$

Magnitude do efeito em testes não paramétricos

Para o U de Mann-Whitney

$$r_G = \frac{2(\bar{R}_1 - \bar{R}_2)}{n}$$

Intervalos de confiança para os coeficientes de correlação

$$\left[Z_R - z_{1-\frac{\alpha}{2}} \frac{1}{\sqrt{n-3}}; Z_R + z_{1-\frac{\alpha}{2}} \frac{1}{\sqrt{n-3}} \right],$$

para z_p

Fonte: Coelho, J., Cunha, L., & Martins, I. (2008). *Inferência estatística, com utilização do SPSS e G*Power*. Lisboa: Sílabo.

ANEXO V. Escala de habilitações

Escala de habilitação

1. Não sabe ler nem escrever. Frequentou o ensino primário mas não completou
2. Completou o ensino primário (1º ciclo); frequentou o 2º ciclo mas não o completou
3. Completou o 2º ciclo; completou o 3º ciclo;
4. Completou o ensino secundário num liceu; bacharelato; fez alguns anos da universidade; fez um curso na universidade.

Fonte: Morais, A., Neves, I., Medeiros, A., Peneda, D., Fernanda, F., & Antunes, H. (1993). Socialização primária e prática pedagógica (Vol. II). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.