

# **Representações Sociais de Velhice em Contexto de Prestação Formal de Cuidados**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**Carina Faria**

MESTRADO EM GERONTOLOGIA SOCIAL

ORIENTAÇÃO

Maria Helena de A. Gonçalves Jardim

Maria Clementina F. Nobrega Morna

*“Quando subimos a uma montanha, a paisagem vai-se desnudando pouco a pouco;  
finalmente, chegamos ao cume e então há apenas pedras e neve;  
mas a vista é magnífica.*

*Assim é a velhice”.*

*Jacques Leclercq (1968)*

*“Sei que o meu trabalho é pequeno como a gota no oceano,  
mas sem ele o oceano seria menor.”*

*Madre Teresa de Calcutá*

*Aos meus pais.*

*Ao Domingos, junto de quem desejo envelhecer.*

## AGRADECIMENTOS

---

Dedico estas linhas a todas as pessoas que ao longo do caminho se fizeram presentes e que directa ou indirectamente, contribuíram para este estudo, desde a sua concepção à sua realização, e a quem são justas algumas palavras de reconhecimento.

Uma referência especial,

### **Aos meus pais,**

Pelo exemplo de carácter e generosidade;

Por me amarem tanto e me aceitarem incondicionalmente;

Pelo carinho com que sempre me presentearam em todos os momentos e por me oferecerem aquilo que nunca tiveram, a oportunidade de uma formação académica.

### **Ao meu marido,**

Pelo amor e companheirismo, percorrendo este caminho comigo de mãos dadas;

Pela ajuda nos momentos difíceis e apoio em tarefas concretas,  
num verdadeiro trabalho de equipa;

Pelo encorajamento constante e por me fazer acreditar que era capaz;

Pela paciência e compreensão nas horas de ausência.

### **À Professora Doutora Helena Jardim,**

Pelo seu excelente trabalho como Directora do Mestrado,

Pela oportunidade da sua orientação,

Pelo rigor e preciosos ensinamentos.

### **À Mestre Clementina Morna,**

Pela co-orientação, marcada pelo olhar exigente, reflexão crítica e sugestões,  
que atenuaram as inseguranças e me indicaram o caminho.

### **Ao Mestre José Manuel Marques**

Expresso a minha gratidão,

pela preciosa ajuda na análise estatística dos dados.

**À Dra. Maria Carlos L. Figueiredo,**

Uma palavra de profundo reconhecimento,  
Pela amizade e pelas palavras de sabedoria, sempre tão oportunas;  
Por acreditar no meu potencial e me brindar com seus conhecimentos;  
Pelo exemplo de profissionalismo, estimulando a vontade de fazer mais e melhor.

**Às Direcções do Centro Social e Paroquial de São Bento da Ribeira Brava,  
Centro de Segurança Social da Madeira e Centros de Saúde envolvidos,**

Por terem possibilitado a abordagem aos profissionais  
na recolha de dados.

**Aos Assistentes Sociais, Enfermeiros e Ajudantes Domiciliárias,**

que acederam colaborar neste estudo,  
agradeço a disponibilidade.

**Aos amigos,**

Que apesar de não aparecerem nomeados, ao lerem este parágrafo se reconhecerão.

Um obrigado carregado de gratidão,  
pelo estímulo e por estarem sempre presentes na hora certa.

**Aos colegas de mestrado,**

Que durante esta caminhada me acompanharam, em particular à Celeste,  
minha parceira de trabalhos de grupo e amiga.

**A todos aqueles que foram entendendo as minhas escusas,**

para isto ou para aquilo “por causa do mestrado”, pelas privações de tempo e  
disponibilidade que este exigiu.

Apesar de parecer pouco convencional, principalmente num estudo de cariz científico,  
não podia deixar de manifestar a minha gratidão,

**A Deus,**

por me ter dado força, determinação e coragem  
para chegar ao fim desta etapa.

**A todos,**

O meu verdadeiro e profundo agradecimento.

## **LISTA DE SÍGLAS**

CSPSB – Centro Social e Paroquial de São Bento  
CSSM – Centro de Segurança Social da Madeira  
DAD – Divisão de Ajuda Domiciliária  
DAI – Divisão de Apoio ao Idoso  
DRE – Direcção Regional de Estatística  
INE – Instituto Nacional de Estatística  
IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social  
OMS – Organização Mundial de Saúde  
ONU – Organização das Nações Unidas  
RAM – Região Autónoma da Madeira  
RRCCI – Rede Regional de Cuidados Continuados Integrados  
SAD – Serviço de Ajuda Domiciliária  
SESARAM, EPE – Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, Entidade Pública Empresarial  
SPSS – Statistical Package for the Social Science

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

a.C. – antes de Cristo  
d.C. – depois de Cristo  
ed. – edição  
et al. – e outros (abreviatura da expressão latina “et alii”)  
hab. – habitantes  
n.º – número  
p. – página  
pp. – páginas  
vol. – volume

## LISTA DE SINAIS E SÍMBOLOS

$\alpha$  – alpha de Cronbach

$r_s$  – coeficiente de correlação de Spearman

$s$  – desvio padrão

$n$  – frequência

$H_0$  – hipótese nula

$=$  – igual

$<$  – inferior

$\text{Km.}^2$  – quilómetro quadrado

$\chi^2$  – valor do teste de diferença de proporções

$\chi^2$  – valor do teste Kruskal-Wallis

$\bar{x}$  – média aritmética

$\bar{x}_{ord}$  – média ordinal

$Md$  – mediana

$p$  – valor da significância do teste

$\%$  – percentagem

$>$  – superior

$z$  – valor do teste U de Mann-Whitney

## RESUMO

---

### **Palavras-chave:**

Velhice, Envelhecimento, Representação Social; Imagem; Redes Formais de Apoio

As representações sociais caracterizam-se por um conjunto de conceitos e explicações, a partir das quais, procuramos compreender os fenómenos do quotidiano e orientar as condutas. Estas formam-se a partir de informações, imagens e atitudes, sendo fortemente influenciadas pela cultura e pelo contexto social. Quando assentes em percepções distorcidas da realidade, as representações podem assumir um carácter discriminatório, produzindo estereótipos, mitos, crenças e preconceitos.

Enquanto membros de uma sociedade, os profissionais que intervêm com idosos sofrem a influência inequívoca destes fenómenos no seu quotidiano, que podem interferir na relação estabelecida com a pessoa idosa e nos cuidados assegurados.

Este estudo centra-se nas imagens, enquanto dimensão edificante das representações sociais, procurando-se deste modo, através de uma análise quantitativa, descritiva, correlacional e comparativa, identificar as imagens que os profissionais em estudo (Enfermeiros, Assistentes Sociais e Ajudantes Domiciliárias) possuem sobre a velhice e o envelhecimento. Procurou-se ainda, determinar a influência de algumas variáveis sócio-demográficas, nas palavras mais e menos associadas pelos sujeitos ao envelhecimento e nas imagens de velhice.

Para o efeito, aplicou-se um questionário sócio-demográfico, a *Escala de Imagens da Velhice "ImAges"* (de Sousa, Cerqueira & Galante, 2002) e um *Teste de Associação Livre de Palavras*, a partir da palavra estímulo – envelhecimento, a uma amostra de 120 profissionais (40 Enfermeiros, 40 Técnicos de Serviço Social e 40 Ajudantes Domiciliárias). Estes profissionais são maioritariamente do sexo feminino (91.7%), licenciados (66.7%), cuja média de idade é de 37.8 anos e de tempo de trabalho na área da velhice de 9.67 anos.

Os resultados do Teste de Associação Livre de Palavras, revelaram que as Ajudantes Domiciliárias, associam palavras mais negativas ao envelhecimento, destacando a solidão (80%;  $p = 0.001$ ), a incapacidade (72.5%;  $p < 0.001$ ) e a doença (60%;  $p = 0.007$ ), enquanto os Enfermeiros evidenciaram a experiência (67%;  $p < 0.001$ ) e a família (30%;  $p = 0.038$ ), e os Assistentes Sociais, a sabedoria (62.5%;  $p = 0.003$ ) e o tempo livre (35%;  $p = 0.024$ ), revelando deste modo, concepções mais positivas.

No que concerne às imagens da velhice, prevaleceram as imagens positivas sobre esta fase da vida. As Ajudantes Domiciliárias demonstraram imagens de cariz

mais negativo, relacionadas com as dimensões “incompetência relacional e cognitiva” ( $p < 0.001$ ) e “inutilidade” ( $p = 0.002$ ).

A escolaridade exerce clara influência nas concepções dos inquiridos, sendo que os de escolaridade não superior, tendem a exteriorizar ideias mais negativas sobre o envelhecimento e a velhice.

## ABSTRACT

---

### **Keywords:**

Old age, Aging, Social Representation, Image, Formal Support

Social representations are characterized by a set of concepts and explanations, from which, we understand the everyday events and guide our behavior. These are formed from information, images and attitudes, and are strongly influenced by culture and social context. When based on distorted perceptions of reality, the representations may take a discriminatory nature, producing stereotypes, myths, beliefs and prejudices.

As members of a society, the professionals involved with older people are influenced by these events in their daily lives, which can interfere in the relationship established with the elderly and care provided.

This study focuses on the images, while edifying dimension of social representations, seeking in this way, through a quantitative, descriptive, correlational and comparative analysis, to identify the images that professionals in the study (nurses, social workers and helpers at home) have about old age and aging. We also sought to determine the influence of some socio-demographic and professional variables, in words more or less associated with aging by the subjects and in images of old age.

For this purpose, we applied a socio-demographic questionnaire, the Scale Images of Old Age "ImAges" (of Sousa, Cerqueira & Galante, 2002) and a Test of Free Words Association from the stimulus word - aging, to a sample of 120 professionals (40 nurses, 40 social workers and 40 helpers at home). These professionals are mostly female (91.7%), graduates (66.7%), whose average age is 37.8 years and working time with old age is 9.67 years.

The results from the Test of Free Words Association, revealed that the home care assistants, associated more negative words with aging, emphasizing the loneliness (80%;  $p = 0.001$ ), disability (72.5%;  $p < 0.001$ ) and disease (60%;  $p = 0.007$ ), while the nurses reported experience (67%;  $p < 0.001$ ) and family (30%;  $p = 0.038$ ), and social workers indicated the wisdom (62.5%;  $p = 0.003$ ) and free time (35%;  $p = 0.024$ ), revealing more positive views.

Regarding the images of old age, prevailed positive images about this phase of life. The home care assistants have shown negative images, related to the dimensions "relational and cognitive incompetence" ( $p < 0.001$ ) and "useless" ( $p = 0.002$ ).

The education has a clear influence on conceptions expressed by those who were inquired, verifying that individuals with less education tend to externalize more negative ideas about aging and old age.

## RÉSUMÉ

---

### **Mots-clés:**

Vieillesse, Vieillissement, Représentation Sociale, Image, Assistance formelle

Les représentations sociales sont caractérisées par un ensemble de concepts et d'explications, à partir de laquelle, nous comprenons les phénomènes quotidiens et conduisons nous comportements. Ils sont formés à partir d'informations, d'images, et d'attitudes et sont fortement influencées par la culture et le contexte social. Quand fondées sur des perceptions déformées de la réalité, les représentations peuvent prendre un caractère discriminatoire, en produisant des stéréotypes, des mythes, des croyances et des préjugés.

En tant que membres d'une société, les professionnels que travaille avec les personnes âgées sont influencés par ces phénomènes dans leur vie quotidienne, ce qui peut interférer dans la relation établie avec les personnes âgées et dans les soins fournis.

Cette étude se concentre sur les images, comme une dimension édifiante des représentations sociales, cherchant d'une certaine manière, à travers d'une analyse quantitative, descriptive, corrélacionnelle et comparative, d'identifier les images qui ont des professionnels dans l'étude (infirmières, travailleurs sociaux et des aides à domicile) sur la vieillesse et vieillissement. Nous avons également cherché à déterminer l'influence exercée par certaines caractéristiques sociodémographiques et professionnelles, sur les expressions plus ou moins associés au vieillissement par les sujets et sur les images de la vieillesse.

A cet effet, nous avons appliqué un questionnaire socio-démographique, une échelle des Images de la Vieillesse "ImAges" (de Sousa, Cerqueira & Galante, 2002) et un Test de Libre Association de Mots à partir de l'expression stimulus - vieillissement, sur un échantillon de 120 professionnels (40 infirmiers, 40 travailleurs sociaux et 40 Assistants de Soins à Domicile). Ces professionnels sont en majorité des femmes (91.7%), diplômés (66.7%), dont la moyenne d'âge est de 37.8 ans et de temps de travail dans le domaine de la vieillesse est de 9.67 années.

Les résultats du Test de Libre Association de Mots, ont révélé que les Assistants de Soins à Domicile, ont liées plus de mots négatifs au vieillissement, en insistant sur la solitude (80%;  $p = 0.001$ ), l'incapacité (72.5%;  $p < 0.001$ ) et la maladie (60%;  $p = 0.007$ ), tandis que les infirmières ont exprimé l'expérience (67%;  $p < 0.001$ ) et la famille (30%;  $p = 0.038$ ), et les travailleurs sociaux, la sagesse (62.5%;  $p = 0.003$ ) et le temps libre (35%;  $p = 0.024$ ), révélant ainsi, des opinions plus positives.

En ce qui concerne aux images de la vieillesse, ont prévalu des images positives sur cette phase de la vie. Les Assistants de Soins à Domicile ont montré des images négatives, liées aux dimensions "incompétence relationnelle et cognitive" ( $p < 0.001$ ) et "inutilité" ( $p = 0.002$ ).

L'éducation a une influence claire sur les conceptions exprimées par les personnes interrogées, vérifiant que ceux qui n'ont pas l'enseignement supérieur ont tendance à externaliser des idées plus négatives sur le vieillissement et la vieillesse.

## ÍNDICE

---

INTRODUÇÃO .....	1
------------------	---

### PARTE I ABORDAGEM TEÓRICA – CONCEPTUAL

#### CAPÍTULO I O ENVELHECIMENTO

1. O Envelhecimento em Contextos Sociais e Temporais Distintos .....	5
2. Envelhecimento versus Velhice .....	12
2.1. A Construção Social da Velhice .....	15

#### CAPÍTULO II ASPECTOS BIOPSIKOSSOCIAIS DO ENVELHECIMENTO

1. Tipos de Envelhecimento .....	19
1.1 Envelhecimento Normal v/s Patológico .....	19
1.2. Envelhecimento Biológico .....	20
1.3. Envelhecimento Psicológico .....	25
1.4. Envelhecimento Social .....	28
2. Desafios que se Impõe ao Idoso na Velhice .....	31
2.1. A Reforma .....	31
2.2. Envelhecendo em Família: As Relações Familiares na Velhice .....	34
2.3. As Relações Sociais .....	36
2.4. A Dependência e a Doença .....	38
2.5. O Luto e a Morte .....	41

#### CAPÍTULO III DO ENVELHECER AO NECESSITAR DE CUIDADOS

1. A Essência do Cuidar .....	44
2. As Redes de Suporte .....	46
2.1. As Redes Informais de Apoio .....	46
2.2. As Redes Formais de Apoio .....	49

**CAPÍTULO IV**  
**RACIONALIDADES LEIGAS SOBRE ENVELHECIMENTO E VELHICE**

<b>1. Representações Sociais</b> .....	57
1.1. A Imagem enquanto Representação Instituída .....	61
1.1.1. Imagens de Velhice e Envelhecimento na Sociedade Actual .....	62
1.1.2. Desmistificando Imagens de Velhice e Envelhecimento .....	68
1.2. Atitudes que Edificam Representações Sociais Gerontofóbicas .....	72
1.3. Impacto das Representações Negativas de Velhice e Envelhecimento ..	74

**PARTE II**  
**INVESTIGAÇÃO EMPIRICA**

**CAPÍTULO V**  
**TEMÁTICA EM ESTUDO E METODOLOGIA**

<b>1. Finalidade do Estudo</b> .....	78
<b>2. Objectivos</b> .....	78
<b>3. Questões de Investigação</b> .....	79
<b>4. Opções Metodológicas</b> .....	79
4.1. Tipo de Estudo .....	79
4.2. Variáveis em Estudo .....	81
4.3. Instrumento de Colheita de Dados .....	81
4.4. População e Amostra .....	86
4.5. Procedimentos na Recolha de Dados .....	91
4.6. Considerações Éticas .....	92
4.7. Limites da Investigação .....	93
4.8. Tratamento de Dados .....	93

**CAPÍTULO VI**  
**ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS**

<b>1. Caracterização Geral da Amostra</b> .....	95
<b>2. Análise do Teste de Associação Livre de Palavras</b> .....	98
<b>3. Análise da Escala “ImAges”</b> .....	99

<b>4. Relação das palavras mais e menos associadas ao envelhecimento e imagens de velhice com as variáveis sócio – demográficas .....</b>	<b>100</b>
4.1. Profissão .....	100
4.2. Idade e Tempo de Trabalho na Área da Velhice .....	105
4.3. Escolaridade .....	111
4.4. Contexto de Actividade Profissional .....	116
4.5. Sexo .....	119

## **CAPÍTULO VII**

### **DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

<b>1. Teste de Associação Livre de Palavras .....</b>	<b>120</b>
1.1. Palavras mais e menos relacionadas com o envelhecimento .....	121
1.2. Comparação das palavras mais e menos associadas ao envelhecimento por profissão .....	125
1.3. Relação das palavras mais e menos associados ao envelhecimento com a idade e anos de experiência de trabalho com idosos .....	128
1.4. Escolaridade .....	130
1.5. Contexto de actividade profissional .....	131
<b>2. Escala “ImAges” .....</b>	<b>133</b>
2.1. Tipos de Imagens da Velhice .....	133
2.2. Comparação das Imagens de Velhice entre os Profissionais .....	133
2.3. Relação das imagens da velhice com a idade e anos de experiência de trabalho com idosos .....	134
2.4. Imagens da Velhice em Função da Escolaridade .....	135
2.5. Imagens da Velhice consoante o Contexto de Actividade Profissional ....	136
<b>3. Sugestões de Intervenção .....</b>	<b>138</b>
<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>140</b>
<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>143</b>

## **ANEXOS**

**ANEXO I** – Instrumentos de Colheita de Dados

**ANEXO II** – Pedidos de Autorização para Aplicação dos Instrumentos de Colheita de Dados

**ANEXO III** – Autorizações - Aplicação de Instrumentos de Colheita de Dados

## SEQUÊNCIA DE QUADROS

<b>Quadro 1A.</b> Imagens de Velhice e Envelhecimento .....	63
<b>Quadro 1B.</b> Imagens de Velhice e Envelhecimento (continuação) .....	64
<b>Quadro 2.</b> Resultados do estudo da consistência interna da escala de imagens da velhice .....	86
<b>Quadro 3.</b> Caracterização da População .....	87
<b>Quadro 4.</b> Caracterização da Amostra .....	89
<b>Quadro 5.</b> Teste da normalidade da distribuição de resultados da escala de imagens da velhice .....	94
<b>Quadro 6.</b> Inquiridos segundo as características sócio-demográficas .....	96
<b>Quadro 7.</b> Inquiridos segundo as palavras mais e menos relacionadas com o envelhecimento .....	98
<b>Quadro 8.</b> Medidas descritivas obtidas com base nos dados observados nas dimensões da escala de imagens da velhice .....	100
<b>Quadro 9.</b> Comparação das palavras mais relacionadas com o envelhecimento em função da profissão .....	102
<b>Quadro 10.</b> Comparação das palavras menos relacionadas com o envelhecimento em função da profissão .....	103
<b>Quadro 11.</b> Comparação das dimensões da escala de imagens da velhice em função da profissão .....	104
<b>Quadro 12.</b> Comparação das palavras mais relacionadas com o envelhecimento em função da idade (agrupada) .....	106
<b>Quadro 13.</b> Comparação das palavras menos relacionadas com o envelhecimento em função da idade (agrupada) .....	107
<b>Quadro 14.</b> Comparação das palavras mais relacionadas com o envelhecimento em função do tempo de trabalho na área da velhice (agrupada) .....	109
<b>Quadro 15.</b> Comparação das palavras menos relacionadas com o envelhecimento em função do tempo de trabalho na área da velhice .....	110
<b>Quadro 16.</b> Correlação das dimensões da escala de imagens da velhice com a idade e o tempo de trabalho na área da velhice .....	111
<b>Quadro 17.</b> Comparação das palavras mais relacionadas com o envelhecimento em função da escolaridade (agrupada) .....	113

<b>Quadro 18.</b> Comparação das palavras menos relacionadas com o envelhecimento em função da escolaridade (agrupada) .....	114
<b>Quadro 19.</b> Comparação das dimensões da escala de imagens da velhice em função da escolaridade (agrupada) .....	115
<b>Quadro 20.</b> Comparação das palavras mais relacionadas com o envelhecimento em função do contexto de actividade profissional..	117
<b>Quadro 21.</b> Comparação das palavras menos relacionadas com o envelhecimento em função do contexto de actividade profissional..	118
<b>Quadro 22.</b> Comparação das dimensões da escala de imagens da velhice em função do contexto de actividade profissional .....	119

### SEQUÊNCIA DE TABELAS

<b>Tabela 1.</b> Teste de Associação de Palavras - Lista de Palavras .....	82
<b>Tabela 2A.</b> Factores e Itens da Escala ImAge .....	84
<b>Tabela 2B.</b> Factores e Itens da Escala ImAge (continuação) .....	85
<b>Tabela 3.</b> Síntese dos resultados obtidos pelo Teste de Associação Livre de Palavras .....	132
<b>Tabela 4.</b> Síntese dos resultados obtidos pela Escala “ImAge” .....	137

### SEQUÊNCIA DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b> Localização dos concelhos de São Vicente e Funchal na RAM .....	90
<b>Figura 2.</b> Localização da freguesia de Santo António .....	90
<b>Figura 3.</b> Localização da freguesia de São Vicente .....	91

### SEQUÊNCIA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1.</b> Inquiridos segundo o grupo etário .....	97
<b>Gráfico 2.</b> Inquiridos segundo a escolaridade .....	97
<b>Gráfico 3.</b> Inquiridos segundo o tempo de trabalho na área da velhice .....	97
<b>Gráfico 4.</b> Inquiridos segundo as palavras mais e menos relacionadas com o envelhecimento .....	99

## **INTRODUÇÃO**

O envelhecimento e a velhice compreendem alterações fisiológicas, psicológicas e sociais inevitáveis, mas são também uma construção social, na medida em que as sociedades criam representações e imagens que acabam por definir e compor as concepções sobre estes fenómenos.

Ao longo dos tempos, tem-se assistido a grandes mudanças, por vezes extremas, na forma da sociedade encarar o envelhecimento e na sua relação com a velhice, desde a gerontocracia à eliminação, desde o prestígio ao peso social.

Neste âmbito, tem sido notório o papel dos estudiosos da Gerontologia, que têm procurado clarificar conceitos e atribuir um cariz científico à assistência ao idoso.

Apesar deste novo horizonte e da população idosa ser cada vez mais significativa, as representações sociais sobre a velhice são, por vezes, pouco dignificantes, deparando-nos diariamente, com visões gerontofóbicas, em que é associado ao velho, traços, comportamentos e condutas.

As representações sociais, enquanto forma de apreender e interpretar a realidade, são edificadas a partir de informações, imagens e atitudes. Neste contexto, o presente estudo centra-se particularmente, nas imagens de velhice e envelhecimento, transversais á sociedade, que influem na forma como os indivíduos se relacionam com os idosos e encaram a sua futura velhice, bem como, na forma como os idosos se vêem a si próprios.

Estas imagens também fazem parte do quotidiano dos profissionais que intervêm com idosos, podendo influenciar a forma como asseguram os cuidados.

Assim, o estudo realizado, pretende aprofundar o conhecimento das imagens da velhice e envelhecimento, em profissionais geralmente envolvidos nos cuidados sociais e de saúde à população idosa, como é o caso dos Assistentes Sociais, os Enfermeiros e Ajudantes Domiciliárias.

Através de um estudo de carácter quantitativo, do tipo descritivo e correlacional pretende-se identificar as imagens, enquanto dimensão edificante das representações sociais, que os diferentes profissionais possuem sobre a velhice e as palavras mais e menos associadas por estes ao envelhecimento, aplicando para o efeito, um questionário sócio-demográfico, a *Escala de Imagens da Velhice “ImAges”* (de Sousa, Cerqueira & Galante, 2002) e um *Teste de Associação Livre de Palavras*, a partir da palavra estímulo – envelhecimento.

Preende-se ainda, relacionar as variáveis: profissão, idade, sexo, escolaridade,

anos de experiência de trabalho com idosos e contexto da actividade profissional, visando determinar a sua influência nas palavras mais e menos associadas pelos profissionais ao envelhecimento e nas imagens de velhice.

Para responder aos objectivos traçados, os instrumentos foram aplicados a 120 profissionais: 40 Enfermeiros, 40 Ajudantes Domiciliárias e 40 Assistentes Sociais, distribuídos equitativamente, de acordo com o contexto de actividade profissional, rural ou urbano.

O interesse no estudo das representações (imagens) de velhice e envelhecimento nestas três categorias profissionais prende-se com o facto da autora, enquanto Assistente Social, responsável pelo Serviço de Ajuda Domiciliária de uma IPSS, intervir directamente ou em articulação, com este leque de profissionais, identificando a necessidade de reflectir sobre a questão.

Atendendo às actuais projecções demográficas, considera-se pertinente conhecer as imagens de velhice e conceitos de envelhecimento, nos profissionais que intervêm com idosos. Ambiciona-se deste modo, inferir necessidades de intervenção, de definição de boas práticas e de implementação de estratégias de formação/educação dos profissionais.

Espera-se que o presente estudo, constitua uma contribuição na melhoria da intervenção gerontológica, no tratamento e no apoio social dos profissionais aos idosos, combatendo imagens estereotipadas e contribuindo para a mudança de mentalidades.

Para uma melhor compreensão do fenómeno em estudo, a presente dissertação estruturar-se-á em duas partes, integrando 7 capítulos.

A primeira parte incide em conteúdos teóricos, que se irá procurar abordar e aprofundar, de modo a conceptualizar a problemática em estudo, dividindo-se em quatro capítulos:

O primeiro capítulo centrar-se-á em dois tópicos: a velhice e o envelhecimento, procurando-se conceptualizar estes conceitos, que apesar de estarem relacionados, são distintos, retratar a sua evolução histórica e a sua construção social.

O segundo capítulo pretende descrever os diferentes tipos de envelhecimento e alguns desafios que se impõem ao idoso na velhice.

O terceiro capítulo abordará as redes de suporte, distinguindo a prestação informal da prestação formal de cuidados e ilustrando a intervenção dos três grupos profissionais em estudo junto da população idosa.

No quarto capítulo serão tecidas algumas considerações sobre as representações sociais - do que se trata e como se constituem, atribuindo particular

ênfase às imagens da velhice e envelhecimento na sociedade actual que influenciam o trato ao idoso.

A segunda parte deste trabalho retrata a realidade empírica, estruturando-se em três capítulos:

No quinto capítulo serão definidos os objectivos e as questões de investigação que fundamentam a pesquisa, bem como, os seus alicerces metodológicos, nomeadamente, o tipo de estudo, as variáveis e os sujeitos do estudo, o tipo amostragem, os instrumentos de colheita de dados, considerações éticas e os procedimentos utilizados na recolha, análise e tratamento dos resultados.

No sexto capítulo, apresentar-se-ão os resultados e por último, no sétimo capítulo, as principais conclusões, contrapondo-as com a literatura científica, bem como, as limitações da investigação e algumas sugestões de intervenção.

Sabendo que, as representações de uma sociedade sobre a velhice e o envelhecimento são responsáveis pelas acções que possibilitam ou não, a protecção e inclusão social dos seus idosos, espera-se que este trabalho possa prestar o seu contributo na evolução do cuidar e instituir valores fundamentais à cidadania dos que já envelheceram e dos que ainda vão envelhecer.

## **PARTE I**

### **ABORDAGEM TEÓRICA – CONCEPTUAL**

## **PARTE I**

### **CAPÍTULO I**

#### **O ENVELHECIMENTO**

*“(...) o envelhecimento é um processo que se constrói ao longo da vida”*

*(Quaresma, 2008, p.18)*

#### **1. O Envelhecimento em Contextos Sociais e Temporais Distintos**

O envelhecimento e a velhice têm sido alvo de preocupação e reflexão, desde épocas bem remotas, perante a aspiração pela eternidade e perplexidade face ao sofrimento e a morte (Paúl & Fonseca, 2005).

As representações sobre esta fase da vida, o procedimento perante o idoso e a sua posição social, foram sofrendo alterações ao longo do tempo, consoante as diferentes culturas (sociedade oriental e ocidental) e contextos históricos (antiguidade, modernidade e sociedade contemporânea).

A propósito das atitudes que a sociedade adoptou perante a velhice no decorrer da história, Agreda (1999, p.25), afirma que “Cada sociedade no seu contexto e momento histórico tem dado um papel à velhice, positiva ou negativamente, o qual depende do modelo do homem ideal que impera em cada momento, de forma a que os idosos às vezes têm sido rejeitados e outras vezes valorizados”.

Considerou-se assim, pertinente uma abordagem à evolução da imagem do idoso ao longo da história e ao surgimento da ciência que estuda esse fenómeno, a Gerontologia, para uma melhor compreensão da problemática em estudo.

Fernandéz-Ballesteros (2000) estabelece a forma como se tem vindo a encarar a velhice, em três fases: percursos, antecedentes científicos e consolidação.

Outros autores, como Paúl & Fonseca (2005), Agreda (1999), Quaresma (2009), Caldas (2006), Netto, (2002), Ribeiro (2007), serviram também de referência, para esta contextualização.

**a) Percursos**

Na era pré-histórica, o ambiente físico era extremamente hostil ao ser humano, a luta permanente pela sobrevivência, os ataques de animais, as lutas entre si, a procura de alimentos, a fome e as doenças, tornavam a expectativa de se viver muito tempo reduzida.

Aqueles que conseguissem chegar a uma idade adulta mais avançada, eram venerados e vistos como seres protegidos por entidades divinas, pelo que eram considerados como um orgulho para as famílias. Por outro lado, e dependendo das culturas poderiam também ser rejeitados pelo seu povo e entendidos como um fardo.

Em culturas tribais, como os Incas, os Aztecas, os Maias da América Latina, a população idosa era encarada com elevada consideração e respeito, sendo enaltecidos os seus conhecimentos, a sua experiência, o papel de curandeiro ou chefe da tribo e família.

Na América do Norte, o mesmo não se verificava, em que os idosos eram maltratados e abandonados pelas tribos, devido à sua fraqueza física, como é o exemplo, da Califórnia, onde índios Piña apedrejavam os mais velhos para se livrarem deles; o povo Yakute, abandonavam-nos nas terras geladas da Sibéria e os Boquimanos optavam por estrangulá-los. Estas narrativas foram descobertas por arqueólogos, através de pinturas rupestres.

Na primeira metade do terceiro milénio a.C., salientavam-se aspectos como a imortalidade humana, numa luta constante contra a morte e contra a velhice.

Agreda (1999) no seu texto designado “A Enfermagem Gerontológica”, transcreve uma descrição feita por um idoso escriba Egípcio, do ano 2450 a.C, que diz o seguinte:

*que triste é o fim de um velho! Cada dia fica mais débil; sua vista diminui, seus ouvidos ficam surdos; sua força diminui; seu coração já não descansa; sua boca volta-se silenciosa e já não fala. Suas faculdades intelectuais diminuem e é lhe impossível lembrar hoje o que aconteceu ontem. Todos seus ossos têm dores. As ocupações que realizava não há muito tempo, com prazer, só as realiza com dificuldade e o sentido do gosto desaparece. A velhice é a pior das desgraças que podem atingir um homem. (p.30)*

Depreende-se assim, a compreensão e a preocupação pelas transformações que o envelhecimento acarreta a nível: físico, funcional, psicológico e intelectual.

A cultura Oriental sempre privilegiou o papel do idoso na sociedade, considerando a velhice o período mais belo da vida.

Na antiga China, Lao-Tsé (604-531 a.C.), percebia a velhice como um momento supremo de alcance espiritual máximo.

Outro filósofo Chinês, Confúcio (551-479 a.C), assenta a sua teoria sobre o envelhecimento, com base na família, sendo que, esta deve sempre obediência ao elemento mais velho. Para Confúcio, a autoridade da velhice é justificada pela posse de sabedoria. Segundo a sua doutrina, é dever dos filhos cuidar dos pais; de procurar torná-los seres humanos felizes, de todas as maneiras e em todos os momentos; e demonstrar saudade e piedade por ocasião da sua morte.

Na Grécia Antiga, predominavam as ideias negativas da velhice, à excepção de Esparta, nem os deuses nem os homens simpatizavam com os idosos. A velhice, fruto de maldições divinas, é renegada, para dar lugar à beleza, à força e à juventude. O idoso foi assim, vítima de desprezo, depreciação e de ridicularização.

O filósofo Platão (427-347 a.C.) apresenta contudo, uma visão mais positiva da velhice, defendendo que se envelhece da forma como se vive, ou seja, a velhice começa a ser preparada na juventude. A velhice é uma etapa da vida em que o ser humano atinge maior prudência, sensatez, astúcia e capacidade de juízo. Desenvolveu ainda, ideias sobre a função dos mais velhos no serviço público à *polis* (cidade), revelando uma preocupação social.

Aristóteles (384-322 a.C.) apresenta uma visão antagónica, tratando severamente a velhice, caracterizada pela senilidade, deterioração e doença. Descreve os velhos como maliciosos e desconfiados.

Cícero (44 a.C.) pelo contrário, na sua obra “ O Diálogo sobre a Velhice”, contesta as recriminações que são dirigidas contra a velhice: o afastar da vida activa, debilitação da saúde, privação do prazer e proximidade da morte; pois para ele, a velhice não afasta necessariamente os homens da vida activa, na medida em que, muitos continuam a servir a pátria, entregando-se ao estudo das letras e das ciências, outros, dedicando-se ao cultivo das terras. Segundo Cícero, não se pode prevenir a velhice, pois ela é natural e inevitável, mas pode-se prevenir as doenças e alguns processos associados ao envelhecimento da pessoa, garantindo alguma qualidade de vida.

Séneca (4-65 d.C.) equipara a velhice a uma doença incurável.

Já em 129-199 d.C, Galeno de Pérgamo, afirmava que o envelhecimento não era uma doença, mas mais uma fase normal da vida. Este criou uma das primeiras teorias sobre envelhecimento, as chamadas “Gerokomias” (higiene dos velhos) estabelecendo meios para se obter um envelhecimento saudável.

Neste mesmo período surgem pela primeira vez, cuidadores de idosos,

designados por “Gerokomos”, que, enquanto cuidadores remunerados, eram responsáveis pela alimentação e o apoio aos idosos nas suas actividades de vida diária. Nessa altura, começam também a surgir “locais de recolha de idosos integrados em outros estabelecimentos destinados a necessitados”, os quais eram designados por “Gerontokomios” (Agreda, 1999, p. 32).

Com o declínio da cultura grega, uma outra civilização emergiu: o Império Romano. Na Antiga Roma o estatuto social dos idosos ganhou grande relevo. O idoso, devido à sua experiência, era um cidadão cuja opinião era tida em conta, considerando-se os 80 anos, a idade intelectual de maior exponencial.

Com o desmembrar do Império Romano, surge o período da Idade Média. Verificou-se em muitos campos, um retrocesso no conhecimento iniciado pelos gregos e pelos romanos, predominando o pensamento que brotava da doutrina cristã.

Tratou-se de uma época caracterizada pelas guerras, a valentia e a juventude eram determinantes, características que os anciãos já não detinham. Por tal, os privilégios anteriormente adquiridos pelos idosos diminuíram, sendo vistos como débeis e indefesos.

A Igreja desprezava o idoso, que deveria preparar-se para a morte e para salvar a alma. A sociedade não tinha de se preocupar com aqueles que se aproximavam da morte, porque iriam renascer para uma vida espiritual.

A este respeito, Agreda (1999, p.30) recorda que os autores cristãos descreviam “(...) a velhice como imagem representativa do pecado, tendo uma visão pessimista da velhice sendo esta um mal que vêm do castigo divino pelos pecados do homem, só no paraíso ninguém se faz velho nem morre.”

Nesta época, a medicina só atingia os mais ricos, os pobres apenas disponham dos curandeiros e das bruxas. Os poucos idosos das famílias pobres raramente eram assistidos na doença porque não havia quem cuidasse deles.

No século VI, com o Renascimento e o Barroco, cuja literatura aclama a beleza do corpo jovem, a feiura dos velhos surge como detestável. Evidencia-se assim, uma visão negativa, em que mulher idosa, personificada como bruxa e ligada a agentes diabólicos, foi alvo da Inquisição.

Nos séculos XIV e XV, o grande número de idosos que sobreviveu, às diversas epidemias, como a peste e a cólera, fortaleceu o seu poder político e económico, desencadeando um conflito intergeracional. O grande desempenho em idade avançada, de alguns pintores como Leonardo da Vinci e Miguel Ângelo, surgiram como exemplos de que se pode trabalhar até a morte e atingir expoentes máximos na velhice.

No século XVI, foi contudo manifesta a sublimação da juventude, procurando-se retardar o envelhecimento, através da medicina, magia e bruxaria. Por sua vez, Erasmo de Roterdão, na obra “O Elogio da Loucura”, publicada em 1511, concebia que a única solução para a velhice seria a loucura.

### **b) Antecedentes Científicos**

Os grandes avanços científicos, que ocorreram entre os séculos XVII e XIX, determinaram a evolução da anatomia, química e filosofia, permitindo um maior conhecimento acerca do envelhecimento, contudo, manteve-se uma imagem tendencialmente negativa sobre a velhice.

Durante a Revolução Industrial, ocorre uma inversão de valores, em vez da sabedoria, passa-se a julgar o homem pela sua capacidade de produção, muito mais evidente no jovem. Os idosos eram considerados a classe não produtiva, sendo por isso, excluídos e marginalizados.

Na segunda metade do século XIX, perante o aumento da população idosa, como resultado de todas as conquistas verificadas na medicina e melhoria das condições de vida, a ciência geriátrica, como campo de estudo, começa a ganhar terreno.

Galton (1832-1911) estudou as diferenças físicas, sensoriais e motoras, nas diversas fases de desenvolvimento, tornando o estudo do envelhecimento mais abrangente.

Pavlov (1894-1936), nos seus trabalhos sobre o sistema nervoso central e processos de condicionamento, concluiu que o condicionamento é mais lento nos organismos mais velhos, devido a uma menor condução das vias nervosas.

### **c) Consolidação**

Esta última fase (séc. XX) decorre do avanço da investigação científica e consubstancia-se com a afirmação da Gerontologia como ciência (estudo científico dos idosos).

Foi o Biólogo Russo Elie Metchikoff, em 1903, quem propôs esta nova ciência, que se veio a desenvolver mais tarde, após a segunda Guerra Mundial.

Em 1914, aparece o termo “geriatria” - geron (velho) e iatrikos (tratamento), enquanto especialidade médica, na obra com o nome “Geriatrics: the diseases of old age and their treatment, including physiological old age” publicada por Ignatz Leo

Nascher (Netto, 2004). Nesta obra, Nascher estabelece as bases da abordagem clínica do idoso. O envelhecimento e as questões que lhe são inerentes passam desta forma, a ser objecto de interesse e de estudo por diversos médicos.

Em 1939, surge a obra “Problems of Aging”, editada por Cowdry, constituindo-se um marco, pelos esforços realizados para a construção da Gerontologia (Caldas, 2006).

Segundo Nazareth (2009), a partir da segunda metade do séc. XX, surgiu um novo fenómeno nas sociedades desenvolvidas, designado por envelhecimento demográfico. A proporção de população idosa em Portugal, que representava 8,0% do total da população em 1960, mais que duplicou, passando para 16,4% em 2001. Em valores absolutos, a população idosa aumentou quase um milhão de indivíduos, passando de 708 570 em 1960, para 1 702 120 em 2001 (INE, 2001).

Este fenómeno tornou-se uma preocupação emergente à escala mundial, atendendo não só ao aumento do número de idosos, mas também à concomitante queda do número de jovens.

É assim neste contexto, que emerge, a partir da segunda metade do séc. XX, a Gerontologia como disciplina, pela necessidade de investigar e responder a questões relacionadas com o envelhecimento humano, de conhecer o impacto deste fenómeno nas famílias, na economia dos países, na protecção social, no direito e nas práticas culturais (Quaresma, 2009).

A partir da década de 80 assiste-se a uma forte expansão e desenvolvimento da ciência gerontológica, acentuando-se os trabalhos de investigação e as publicações sobre o envelhecimento (Quaresma, 2009).

A partir da década de 90 o envelhecimento passa a ser visto como um problema global, que coloca enormes desafios à política, à economia e à sociedade em geral.

Na perspectiva de Beauvoir (1990), apesar da evolução da imagem do idoso no plano social, biológico e psicológico ter ganho, no século XX, algum respeito, a sociedade não mudou substancialmente, sendo que, o desconhecimento do processo do envelhecimento faz com que os jovens visualizem os mais velhos como diferentes. Assistindo-se assim, ainda que de forma mais subtil, a atitudes negativas, a actos de discriminação e marginalização da população idosa.

Estas imagens contrastam as de muitos países do Terceiro Mundo, onde os idosos são associados à sabedoria e ao bom julgamento, pelo que são distinguidos e respeitados, como aliás, o eram nas sociedades antigas.

Segundo Paz (2000) citada por Paulino (2007), este grupo etário, nos últimos anos, tem assumido uma presença mais activa, contribuindo para mudar as diversas

imagens negativas a seu respeito, lutando para alcançar novos e importantes espaços, bem como, para construir, reafirmar e expandir a sua cidadania.

Assim, para alguns autores, uma visão mais positiva e produtiva do envelhecimento começa a ganhar força na actualidade e é resultado de alguns factores como: a globalização, o cada vez maior acesso à informação e conhecimento sobre o processo de envelhecimento; bem como, o aumento de especialistas na área de gerontologia e ciências afins, que procuram entender, estudar e desmistificar o envelhecimento humano.

O presente estudo surge neste contexto, procurando identificar conceitos e imagens de velhice e de envelhecimento na sociedade actual, diagnosticando necessidades de intervenção, que combatam as imagens estereotipadas e preparem a velhice de amanhã.

Perante as actuais projecções demográficas, que prevêem um crescimento acelerado do envelhecimento populacional ao longo do século XXI, cujo número de idosos excederá largamente o dos jovens, “consequência do previsível aumento da esperança de vida, bem como, da manutenção dos níveis de fecundidade abaixo do limiar de substituição das gerações” (INE 2003, p.1), muitos autores antevêm uma futura revolução de mentalidades, com representações mais positivas.

Na óptica de Mayán (2000) a nova geração de aposentados que começa a emergir, constituída por indivíduos com vontade de aproveitar e viver a aposentação de forma activa, considerando-a uma etapa da vida, repleta de actividades relevantes, de relações sociais satisfatórias, de participação social e política, também irá desafiar as imagens tradicionais frequentemente retratadas.

Por sua vez, Simões (2006) aborda o despontar de uma “Nova Velhice”, uma geração de idosos mais saudáveis, mais instruídos, com maior longevidade, com maior nível económico, o que envolverá uma imagem nitidamente mais positiva.

O envelhecimento populacional será também uma forma de criação de novas oportunidades em vários domínios, como a proliferação de novas actividades económicas e profissões, atendendo, à necessidade de ampliação de infra-estruturas, recursos humanos e materiais de assistência ao idoso.

Verifica-se assim, que à medida que as sociedades foram evoluindo, os conceitos da velhice e envelhecimento foram sofrendo transformações e suscitando alguma controvérsia, antevê-se porém, que a crescente facilidade em transmitir a informação e adquirir conhecimento, bem como, a revolução demográfica que se avizinha suscite implicações positivas nas imagens sociais de velhice.

Torna-se porém indispensável, desenvolver um plano de adaptação da

sociedade a esta demografia, ultrapassando as ideias estereotipadas e instituindo um outro paradigma, através da promoção de uma imagem que integre o envelhecimento na sociedade e que o considere contribuintes activos de desenvolvimento.

## **2. Envelhecimento versus Velhice**

*“O ser humano não envelhece de uma só vez, mas antes de uma maneira gradual e a velhice parece instalar-se sem que se dê por isso.”*

*Berger e Mailloux-Poirier (1995, p.123)*

O envelhecimento e a velhice apesar de estarem intimamente relacionados, resultando de determinantes biológicos, da influência social e comportamental que atravessa gerações, são conceitos distintos.

A conceptualização destes conceitos é um processo difícil e controverso, atendendo à sua complexidade e à multiplicidade de visões, decorrentes de uma grande diversidade cultural e histórica.

Como foi possível constatar, estes têm vindo a ser encarados de forma diferente ao longo dos tempos. Enquanto, para alguns representa um período de crescente vulnerabilidade e de cada vez maior dependência, para outros, significa sabedoria, bom senso e serenidade.

Etimologicamente, a palavra **envelhecimento** provém do latim “veclus, vetulum” – velho, cujo sufixo “mento”, designa acção, significando literalmente, a acção de envelhecer.

Na perspectiva de Fontaine (2000), o envelhecimento pode ser definido segundo diferentes vertentes: Biológica, que se caracteriza pelas alterações fisiológicas do indivíduo, como o aparecimento de rugas, a diminuição da capacidade de funcionamento dos órgãos (como a perda da capacidade reprodutora na mulher – menopausa); Social, verificando-se alterações nos papéis e no estatuto social; e Psicológica, onde se observam alterações da actividade intelectual e das motivações. Segundo a Organização Mundial de Saúde o envelhecimento é ainda determinado pela vertente Económica, em função da cessação de uma actividade.

O conceito irá assim variar, conforme se valorize mais aspectos biológicos, sociais, psicológicos, estéticos, profissionais, ou ainda, de acordo com a especificidade da ciência ou campo de estudo através dos quais o envelhecimento é abordado.

Para Netto (2004), o envelhecimento é o processo de diminuição orgânica e funcional, que determina a perda gradual da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e conseqüentemente maior incidência de processos patológicos que culminam na morte.

Apesar de não se conhecer muito bem as causas, o envelhecimento pode ser encarado como um fenômeno normal, progressivo, irreversível e universal, na medida em que, é intrínseco a todo o ser humano, acompanhando-o inevitavelmente no decorrer da sua existência. Envelhecemos, a cada dia, a cada hora e a cada minuto que passa, observa-se, no entanto, uma evolução mais rápida nas últimas fases de vida (Berger e Mailloux-Poirier, 1995).

O processo de envelhecimento, inicia-se assim, muito antes da velhice propriamente dita, contudo a idade que determina o começo do envelhecimento biológico é bastante controversa, enquanto para alguns autores este processo se inicia desde a concepção ou nascimento, para outros, apenas se inicia após os 30 anos de idade, sendo que as suas manifestações só se evidenciam a partir dos 40 anos.

O envelhecimento pode ainda ser considerado um processo, dinâmico, individual e diferencial, pois varia de indivíduo para indivíduo, nas formas, ritmos, efeitos e reacções que provoca. Pode assim, ocorrer em idade mais precoce ou mais avançada, com maior ou menor intensidade, de acordo com a sua herança genética, a sua educação, cultura, valores e ambiente físico-social.

Os diversos mecanismos que ao certo desencadeiam e influenciam o processo de envelhecimento, não são ainda devidamente conhecidos, como os factores intrínsecos (informação genética por exemplo) e extrínsecos (ambiente físico, contexto sócio-económico e profissional, entre outros), sabe-se porém, que o sexo e a raça também influenciam a longevidade (Ferreira e Alba, 1985; citados por Castro, 2007).

No que concerne à **velhice**, não existe uma definição universal do seu conceito.

Na perspectiva de Paúl (1996), é diferente “ser velho”, “parecer velho” e “sentir-se velho”.

Então, ser velho é uma questão de físico, de espírito, ou de idade?

De acordo com Ribeiro (2007), as opiniões dos diversos autores sobre o conceito de velhice, agrupam-se em três formas de definição:

- *Idade / etapa de vida* – A velhice como a última etapa da vida, que se inicia, em termos cronológicos, aos 65 anos (Fernández-Ballesteros, 2000).

- *Acontecimentos de vida relevantes* – A velhice está relacionada com marcos como a reforma ou a viuvez, com a ideia de disponibilidade de tempo, com o final das obrigações de trabalho, com a não produtividade e com uma fase de perdas

económicas, emocionais, relacionais, de estatuto social e saúde (Laidlaw et al., 2004, citado por Netto, 2002).

- *Aspectos funcionais* – A velhice tem sido, também, caracterizada pelas alterações a nível funcional, aumentando a susceptibilidade a processos patológicos. Assim, alguém atinge a velhice quando deixa de ser independente para realizar as suas actividades sem apoio de outrem (Botelho, 1999).

De acordo com uma pesquisa levada a cabo por Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2006, p.9), a concepção de velhice diverge conforme a idade de quem a define e com a maior ou menor proximidade desta etapa de vida. Assim, a velhice, aos 14 anos, é definida como a possibilidade de “ter avós que podem contar histórias aos netos”; aos 27 anos, como “um momento para aproveitar a vida”; aos 36 anos, “ um período que todos queremos que demore muito a chegar, mas ao qual todos queremos também chegar ”; aos 48 anos, “um período em que se vive de recordações”; aos 54 anos, significa “estar dependente e precisar de muito carinho e amparo”, aos 66 anos, “uma tristeza, não há nada que chegue, a ser um pouco mais novo, para não dependermos dos outros”; aos 78 anos, uma “ ...uma ironia! Quando após ter passado por vários estádios da vida, se atinge a plenitude, deveria ter-se direito a desfrutar do tempo sem preocupação; o que raramente é possível devidos aos problemas de saúde”.

Pode-se assim, de forma genérica, descrever a velhice, como o estado que caracteriza um grupo de determinada idade, ou como o produto de um processo de mudanças, a nível fisiológico, psicológico e social.

Os sinais de velhice, como o aparecimento de cabelos brancos, rugas, dificuldades de visão e audição, a lentidão dos reflexos, entre outros, podem ser mais ou menos retardados, segundo a constituição individual, o estilo de vida e uma série de outras circunstâncias do contexto social, individual e familiar (Paúl & Fonseca 2005).

Todas estas mudanças representam um desafio para o idoso, na medida em que, exigem a adaptação a novas condições de vida e a aceitação de um novo *self*, tratando-se de um momento de risco para o equilíbrio e bem-estar psicológico (Pinheiro & Lebres, 1998, citados por Sequeira & Silva, 2002).

Há ainda quem classifique diversos estádios de velhice. A Organização Mundial de Saúde (OMS) distingue quatro períodos: dos 45 aos 59 anos – “Meia-Idade”; dos 60 aos 74 anos – “Idoso”; dos 75 aos 90 anos – “Ancião”; a partir de 90 anos – “Velhice Extrema”.

Neugarten (1975) citado por Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2006), com base na idade cronológica, estabelece duas categorias: os jovens-velhos (entre os 55 e os 75

anos) e os velhos-velhos que se situariam a partir dos 75 anos.

Pode-se assim concluir, de um modo geral, que o envelhecimento é um processo de vida contínuo que leva ao estado de velhice; enquanto a velhice, é a última etapa da vida, cujos sinais só se manifestam a partir de determinada idade, podendo ser mais ou menos retardados consoante o indivíduo e a sua trajectória de vida.

## **2.1. A Construção Social da Velhice**

Para autores como Fontaine (2000), a velhice é não só, o resultado de um processo fisiológico de envelhecimento, como também um produto social. Trata-se assim, de uma categoria criada socialmente para definir o período em que o Homem fica fisicamente envelhecido.

Como refere Vaz (2008) a construção social da velhice aparece com um valor simbólico que se modifica ao longo do tempo, por diversas razões, associadas aos contextos históricos, poderes religiosos, políticos e económicos.

De acordo com o autor, não existe uma só identidade de velhice, mas identidades de grupo de status, baseadas em estilos de vida, no prestígio social e curso de vida dos indivíduos. Existem portanto, várias noções de velhice associadas às vivências particulares no interior de cada classe social com os seus preconceitos e as suas concepções morais e sociais. Nas diferenças de classe surgem diversas atitudes quanto à continuidade das pessoas idosas no mercado de trabalho e à integração na vida social em geral.

### **Como se edifica a categoria “velhice”?**

Como foi possível verificar anteriormente, a velhice é um estado que caracteriza a condição do ser humano idoso, através de uma série de manifestações somáticas: cabelos brancos, calvície, rugas, diminuição dos reflexos, compressão da coluna vertebral, redução da capacidade funcional, da resistência e da capacidade para o trabalho, entre outros; no entanto, podemos encontrar estas características em pessoas fora da fase considerada como velhice. Então, como se constrói e se institucionaliza socialmente a categoria “velhice”?

Torna-se difícil estabelecer uma fronteira para o início desta etapa. As opiniões sobre a partir de quando se define quem é velho e quem não o é, são díspares.

Geralmente a velhice é estabelecida com base na idade, sendo a reforma o ritual

de passagem para este estatuto.

Segundo Martins (2004), existem várias concepções de idade nos seres humanos que compõem a sociedade, nomeadamente, a idade cronológica, a idade biológica, a idade psicológica e a idade social.

A **Idade cronológica** considera o tempo decorrido desde o nascimento até a actualidade e exprime-se em anos, meses e dias, ou seja, é a idade oficial do indivíduo.

De acordo com alguns autores, este é um dos factores menos precisos, para delimitar a velhice, uma vez que, o processo de envelhecimento possui outras dimensões, como as potencialidades e capacidades que os idosos apresentam, que extrapolam as dimensões da idade cronológica.

Perante a necessidade de uniformizar critérios, a Organização Mundial de Saúde convencionou que, idoso é todo o indivíduo com 65 e mais anos, independentemente do sexo e estado de saúde.

De acordo com a Organização das Nações Unidas (ONU, 2002), esta fronteira diverge, conforme se tratem de países desenvolvidos ou países em desenvolvimento, relacionando-se com a expectativa de vida ao nascer e com a qualidade de vida que os países propiciam aos seus cidadãos. Nos primeiros, são considerados idosos, os seres humanos com 65 e mais anos de idade; e nos segundos, os que possuem 60 e mais anos.

A **Idade biológica** está relacionada com a conservação ou perda das capacidades do organismo humano. É habitualmente definida, como a posição actual do indivíduo no seu ciclo de vida, que pode não coincidir com a idade cronológica. A sua apreciação incide sobre o envelhecimento orgânico, o aspecto físico, a capacidade intelectual, a forma de ser e a saúde do indivíduo.

A **Idade psicológica** está relacionada com a forma como o indivíduo se comporta e se adapta no meio onde está habitualmente inserido. Diz respeito a determinadas capacidades psíquicas dos indivíduos, como a inteligência, a percepção, a aprendizagem, a memória, entre outras. A boa manutenção destas capacidades possibilitará uma maior auto-estima e conservação do nível de autonomia e auto-regulação do indivíduo (Netto, 2004).

A **Idade social** está relacionada com a capacidade dos indivíduos desempenharem papéis e comportamentos esperados para a sua idade, numa determinada sociedade.

As regras sociais determinam o tempo para ir à escola, para começar uma carreira, casar, ter filhos, ter netos e para se aposentar. É a sociedade que estabelece

estes critérios, a partir da catalogação faseada para as diferentes etapas da vida do ser humano.

As pessoas procuram enquadrar-se ao tempo socialmente instituído, revelando mal-estar, quando atrasadas ou adiantadas. O tempo social é um modelo linear de desenvolvimento imposto às crianças, adolescentes, adultos e idosos. Este define também em que momento as pessoas são consideradas velhas, sendo comum, a associação entre velhice e reforma.

Pode-se assim concluir, que a velhice se estabelece de acordo com o que sentimos e o que os outros vêem em nós.

### **Designação: idosos ou velhos?**

Enquanto categoria socialmente definida, emergiram várias terminologias para designação das pessoas nesta fase da vida, algumas delas, controversas por serem consideradas depreciativas. Mas então, como denominar este grupo etário?

Em português, como o termo “velho” tem a tendência para ser interpretado com conotação negativa é geralmente utilizado o termo idoso. Em espanhol os indivíduos nesta fase da vida, são frequentemente apelidadas de pessoas maiores (“*personas mayores*”).

De um modo geral os vocábulos mais utilizados para designar a velhice são: velho (do latim *vétulos*); ancião (do latim *antianus* e do francês *ancien*); idoso (aquele que tem muita idade, do latim *aetas*); adulto idoso (do latim *adultum aetas*); sénior (do latim *sénex*, de onde deriva também a palavra senescência); geronte (do grego *gérôn-ontos*, donde deriva também a palavra gerontologia).

O ditado “velho é um trapo”, pretende despertar para o carácter depreciativo, de algumas afirmações em relação à pessoa idosa.

Alguns autores consideram que o termo idoso é o mais correcto, na medida em que identifica a pessoa com o estado de velhice.

Bize e Vallier (1995) preferem usar o termo terceira idade, para se referirem a este período de vida, a ONU utiliza-o igualmente, dado que segundo esta, traduz melhor a ideia de “último terço”, ou “último quarto de vida”.

Graças à melhoria das condições de vida e ao avanço da medicina, é hoje perfeitamente possível, ser-se da “terceira idade” e ainda estar activo física e mentalmente. Deste modo, surgiu o termo “quarta idade”, para designar a pessoa, já no limiar das suas capacidades.

Os média em geral evitam uso da palavra "velho" por considerarem que está

carregada de conotações negativas.

Será contudo, que o idoso tem valor apenas por não ser chamado de velho? Será que a sociedade vai atribuir valor ao velho apenas por chamá-lo de idoso?

Apesar de geralmente se considerar que ser idoso é melhor, ou mais bonito do que ser velho, de acordo com Giulio Vicini (2004), a palavra "idoso" não é tão bonita assim. Ela carrega um sufixo "-oso" que é característico das palavras com significado "provido de, cheio de, provocador de...". Assim como assombroso, vergonhoso, escandaloso, meloso, entre outros.

Na perspectiva de Oliveira (2005), não vale a pena utilizar eufemismos, para nos referirmos a pessoa idosa, sendo que a palavra "velho", não é depreciativa, podendo até assumir, um significado afectuoso, como "meu velho". Segundo o autor a forma como designamos a velhice é secundária, o que importa, efectivamente, é compreendê-los e apoiá-los.

Propõe-se, então, que não nos deixemos levar pelos preconceitos sociais e usemos as palavras "velho" e "idoso" indistintamente ou, ainda, seguindo a perspectiva de Giulio Vicini (2004), usemos a palavra "idoso" para indicar um velho em idade bastante avançada.

## CAPÍTULO II

### ASPECTOS BIOPSIKOSSOCIAIS DO ENVELHECIMENTO

*“É porque trabalhamos com velhos, ou porque estamos ligados por afectos a velhos e porque todos queremos ter o privilégio de envelhecer, que este assunto nos interessa.”*

*(Paúl e Fonseca, 2005, p.21)*

#### 1. Tipos de Envelhecimento

Fernández-Ballesteros (2000) distingue dois tipos de envelhecimento: o *Normal*, indicativo das mudanças inerentes ao processo de envelhecimento e o *Patológico*, causado por mudanças potencializadas por doenças.

Por sua vez, Schroots e Birren (2006) distinguem três tipos de envelhecimento: o *Biológico*, que se traduz, numa maior fragilidade física e possibilidade de morte; o *Psicológico*, relacionado com a adaptação da pessoa e atitudes que toma, perante o próprio processo de envelhecimento; e o *Social*, no qual é estipulado pela sociedade, funções sociais específicas para esta faixa etária.

Visando uma melhor compreensão do processo de envelhecimento e atendendo às implicações que algumas mudanças têm, quer a nível psíquico, na concepção que o idoso tem de si próprio e na forma como vivencia este processo, quer a nível social e relacional, na forma como os outros o concebem e percebem, apresentar-se-á de forma sucinta, um retrato biopsicossocial deste fenómeno.

#### 1.1. Envelhecimento Normal v/s Patológico

O envelhecimento normal envolve mudanças biológicas, psicológicas e sociais inevitáveis e que ocorrem com o passar do tempo (*senescência*). É intrínseco ao organismo, abrange todos os idosos com alterações estruturais e funcionais decorrentes da idade, não alterando a sua capacidade de adaptação

O envelhecimento patológico encontra-se relacionado com factores extrínsecos, reporta-se a mudanças resultantes de doenças crónicas, senilidade, lesões e traumatismos, que podem alterar a capacidade de adaptação do indivíduo e aceleram o envelhecimento normal (*senilidade*). (Netto, 2004)

Na perspectiva de Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2006), não é fácil distinguir o envelhecimento normal do patológico. A não diferenciação destes conceitos, tem importantes implicações a nível social e da saúde, dificultando a intervenção, que poderia tornar-se mais eficiente, como é o caso do diagnóstico de certas patologias, cuja sintomatologia, não raramente, acaba por ser rotulada como inerente ao processo de envelhecimento.

Segundo as autoras, pode surgir ainda outro tipo de erro, o de atribuir certos sinais do envelhecimento, a sintomas patológicos, “originando a realização de exames e tratamentos desnecessários, uma vez que se está a diagnosticar o próprio envelhecimento como doença” (p.22).

A ambiguidade destes conceitos só se desenraizará, provavelmente, perante a diminuição dos preconceitos, discriminação e estereotipagem (Ribeiro, 2007).

## **1.2. Envelhecimento Biológico**

O envelhecimento, em termos biológicos, também designado de senescência, caracteriza-se por um conjunto de mudanças fisiológicas, nas células, nos tecidos e no funcionamento dos órgãos do corpo, que ocorrem irreversivelmente com a passagem do tempo e são vividas de forma variável por cada indivíduo.

O organismo é constituído por órgãos, com diferentes funções interligadas entre si, em que cada função envelhece a um ritmo próprio, verificando-se, por exemplo, que as funções sensoriais declinam mais cedo que as orgânicas.

Descreve-se assim, ainda que de forma breve, as principais alterações biológicas relacionadas com a idade, a nível fisiológico e cognitivo, bem como, algumas patologias, que não estando necessariamente associadas à idade, são frequentes nos idosos.

### **a) Alterações Corporais**

Nos dias de hoje, os sinais de velhice surgem cada vez mais tardiamente, atendendo a todo um conjunto de melhorias, das condições de vida, da medicina, dos cuidados estéticos e alimentares. Aceitar esta nova fase da vida, adaptando-se da melhor forma, através de um envelhecimento activo e da prática de actividade física, parecem ser chaves primordiais no retardamento dos efeitos do envelhecimento.

É importante realçar, que cada indivíduo é responsável pela forma como envelhece, pois os comportamentos adoptados ao longo da vida, ir-se-ão repercutir na

velhice. Tal como as máquinas, cujas peças se vão deteriorando, também o corpo humano se vai desgastando, quando exposto à poluição, a drogas, a alimentos tóxicos, a doenças e a movimentos repetitivos (Berger, 2003).

De acordo com Zimerman (2000), as **alterações externas**, na imagem pessoal, são as mais evidentes, tendo implicações psíquicas e sociais.

A *nível dermatológico*, assiste-se ao enrugamento da pele, rigidez, secura, descamação, associada à diminuição do colagénio e à diminuição da retenção de líquidos. Surge ainda, flacidez, palidez e manchas escuras, denominadas de "manchas senis", devido à diminuição da melanina. Estas alterações aumentam a susceptibilidade de aparecimento de úlceras de pressão e feridas.

A *nível estético*, observa-se a perda e/ou embranquecimento do cabelo, o endurecimento e lentidão no crescimento das unhas. Na face, ocorrem alterações figurativas, devido à acentuação das proeminências ósseas, surge grande quantidade de pêlos no nariz e nas orelhas, que se alongam perante o aumento do tecido cartilaginoso. Outro factor estético importante, é a perda de dentes, recorrendo-se a próteses dentárias para minimizar a situação.

A *nível músculo-esquelético*, observa-se uma redução da estatura, devido ao desgaste da coluna e vértebras, criando um efeito de desproporção (o tronco encolhe) e o encurvamento cervical (cabeça mais inclinada para a frente). Assiste-se à diminuição da capacidade funcional, da destreza manual e manutenção do equilíbrio, relacionadas com a perda de elasticidade e dores articulares e com a perda de massa óssea e muscular, que acarreta diminuição da força e vigor, condicionando a coordenação e amplitude dos movimentos, e aumentando a susceptibilidade de fracturas (propensão natural do idoso para cair).

Zimerman (2000) destaca também algumas **alterações internas**:

A *nível sensorial*, assiste-se a deterioração dos sentidos, que limitam a interacção social e a capacidade de adaptação ao meio ambiente externo.

A visão perde acuidade e nitidez, sendo frequente o aparecimento de cataratas (o que torna a visão mais opaca e menos flexível), glaucoma e deterioração da retina; a diminuição da adaptação à luz/escuridão; menor sensibilidade na distinção de cores e nos contrastes, dificultando a percepção da profundidade.

A audição diminui, devido á degenerescência das células e nervos auditivos, que leva a uma menor compreensão dos outros, que passam a considerar as pessoas idosas, como decrepitas ou estúpidas, provocando situações de isolamento, insegurança e confusão.

No olfacto, surgem alterações na acuidade e discriminação de cheiros devido a

diminuição dos receptores olfactivos, que podem provocar falta de hábitos de higiene, pela diminuição de sensibilidade aos odores corporais, ou suscitar perigo, por exemplo, em situação de esquecimento/fuga de gás.

O paladar diminui, sobretudo a sensibilidade aos sabores doce e salgado, devido à atrofia das papilas gustativas, o que pode condicionar o prazer de comer e saborear.

No tacto, observa-se a atrofia cutânea e diminuição dos receptores tácteis, que reflectem a diminuição da percepção dolorosa (transferência de dor de uma parte do corpo para outra), do tacto, dos reflexos, da força, da agilidade e rapidez.

A *composição corporal* também sofre alteração, verificando uma diminuição da massa muscular e da massa magra, substituída pela gordura e diminuição da concentração de água intracelular. Este processo é agravado pela diminuição da sensação de sede, sendo que, os estados de desidratação podem surgir.

No *sistema gastrointestinal*, surge atrofia e lentidão da digestão, devido a comprometimento da mastigação pela falta de dentes, a atrofia do tubo digestivo, a menor produção e resistência dos sucos digestivos, a perturbações de absorção e diminuição da mobilidade intestinal (Zimerman, 2000).

No *sistema endócrino e metabólico*, assiste-se à atrofia das glândulas hipófise e tiróide, à diminuição de tolerância à glicose e maior resistência à insulina.

No *sistema cardiovascular*, assiste-se à diminuição da contractilidade cardíaca e à rigidez das válvulas, bem como, à redução do bombeamento sanguíneo em relação ao batimento cardíaco, circulando menos quantidade de sangue.

Os *vasos sanguíneos* perdem elasticidade e tornam-se mais espessos, o que dificulta a circulação sanguínea, permitindo uma maior acumulação de depósitos nas paredes, que ocasiona um aumento da pressão arterial sistólica.

No *sistema respiratório*, verifica-se atrofia e rigidez pulmonar, diminuição da capacidade vital pulmonar, aumento do volume residual (volume de ar que permanece nos pulmões após expiração máxima), endurecimento e calcificação das cartilagens, da caixa torácica, traqueia e brônquios. Existe ainda, maior risco de infecções respiratórias, por ineficácia dos mecanismos de limpeza brônquica (através da tosse e do sistema ciliar).

A função do *sistema imunitário* também diminui, aumentando a susceptibilidade de infecções.

No *aparelho urinário*, assiste-se à diminuição do tamanho dos rins e da elasticidade da bexiga e esvaziamento incompleto (em especial na mulher), à diminuição da concentração de sódio, aumentando os riscos de desidratação e o aparecimento de edemas, hipertensão e incontinência urinária.

O *sistema reprodutor* sofre também alterações com diminuição da libido pela diminuição das hormonas sexuais (estrogénio e progesterona). A mulher cessa a sua capacidade reprodutora (geralmente entre os 50 e 55 anos) fazendo com que sinta fadiga, enxaquecas, afrontamentos e estados depressivos (menopausa); assiste-se à diminuição do tamanho do útero e atrofia da mucosa vaginal, dificultando o acto sexual e tornando a resposta sexual mais lenta, apesar da possibilidade do orgasmo se manter. No homem assiste-se a hipertrofia da próstata, à diminuição ejaculatória e a erecção é mais difícil.

### **b) Alterações Cognitivas**

A *capacidade cognitiva* também sofre alterações com o envelhecimento. Assiste-se à menor eficiência do cérebro, devido à perda progressiva de neurónios, substituídos por tecido glial e a um declínio intelectual, sendo afectadas: a capacidade de interpretar informação não verbal (gestos e expressões faciais); a capacidade de respostas rápidas perante situações novas; a aquisição de novos conceitos e a aplicação dos conceitos existentes; a aptidão para organizar informações; a capacidade de concentração e de raciocínio abstracto; as competências psicomotoras; o sentido de orientação e a memória (Zimmerman, 2000).

As alterações cognitivas manifestam-se ainda, no aumento da insónia e fadiga durante o dia, na lentidão na tomada de decisões e no défice de atenção.

A capacidade de aprendizagem e habilidade de raciocinar em busca de uma solução não é perdida, contando que, não seja imposto um limite de tempo para a tarefa. É possível aprender, contudo, o processo de aprendizagem pode ser limitado pela deterioração sensorial, que origina um abrandamento da velocidade perceptiva; pela diminuição da capacidade de memória; pela velocidade com que a nova tarefa é apresentada, uma vez que, o idoso retém menos informação do que anteriormente, ou ainda, pelo consumo sistemático de medicação.

A perda gradual de memória pode estar associada a vários factores, como o endurecimento das artérias, hipertensão, ou qualquer deficiência que diminua a irrigação sanguínea do cérebro.

É sobretudo afectada a memória a curto prazo (capacidade de recordar factos mais recentes); a memória a longo prazo não é quase afectada porque a retenção a longo prazo fornece um registo mais prolongado. O idoso vive com maior intensidade o passado longínquo e tem menor interesse pelos factos recentes. As emoções vividas anteriormente são mais significativas do que as recentes.

O facto de os idosos terem sido “melhor sucedidos” nos diferentes aspectos no passado, também os leva à maior concentração nesta época, desligando-se de certa forma do presente, o qual vêem emocionalmente desestruturado (Berger, 2003).

A diminuição da capacidade e rapidez perceptiva, originada pela deterioração sensorial, leva, por vezes, à incapacidade de manter o contacto habitual com o exterior, surgindo o isolamento e perda de interesse pelo que o rodeia.

De acordo com alguns autores, torna-se fundamental o desempenho de actividades intelectuais na velhice, para atenuar a perda de eficiência mental.

A nível cognitivo, também têm sido enfatizados alguns aspectos positivos associados ao envelhecimento como: a capacidade para estabelecer prioridades; maior prudência e precisão na realização de tarefas; maior agilidade na resolução de problemas, atendendo ao conhecimento acumulado (Rebellato e Morrelli, 2004, citados por Ribeiro, 2007).

### **c) Síndromes Geriátricas**

Apesar de ser velho não ser sinónimo de ser doente ou dependente, com o envelhecimento existe tendência para o aumento de patologias, que se podem manifestar crónicas, incapacitantes ou mortais, requerendo a médio ou a longo prazo, suporte familiar, social ou de saúde. Pode dizer-se, que ser idoso é estar mais vulnerável à enfermidade, à morbilidade e mortalidade (Costa, 2002).

Zimerman (2000) destaca algumas patologias, que não estando necessariamente associadas à idade, são mais frequentes nos idosos.

Assim, de acordo com o autor, no sistema cardiovascular e pulmonar, prevalecem nos idosos as cardiopatias, a insuficiência cardíaca, a hipertensão arterial, as diabetes, as dislipidémias, o aumento do colesterol, em consequência do acréscimo das reservas de gordura no organismo, as tromboembolias, arteriosclerose (endurecimento das artérias), acidentes vasculares cerebrais, enfartes agudos do miocárdio, infecções respiratórias (bronquite) ou doenças obstrutivas crónicas.

No que concerne aos problemas gastrointestinais, prevalecem as úlceras gástricas e intestinais, a obstipação, as cáries dentárias, as infecções orais e desnutrição pela diminuição do bem-estar e prazer de comer.

Por sua vez, as alterações no sistema urinário, suscitam incontinência urinária.

Em relação aos problemas músculo-esqueléticos, observa-se a prevalência de patologias como a osteoporose, fracturas, devido à diminuição do depósito de cálcio, que afecta em maior número as mulheres, após a menopausa, artroses, reumatismo e

patologias inflamatórias, como as artrites.

Com a diminuição das funções do sistema imunológico, os idosos ficam mais susceptíveis a infecções, gripe e doenças oncológicas, como o cancro do cólon, mama e próstata.

Entre os problemas neurológicos mais comuns, surgem as alterações nos padrões de sono (insónias), patologias cérebro-vasculares, as demências de Alzheimer e a doença de Parkinson, a depressão, a psicose senil, a psicose com arteriosclerose cerebral e a psicose afectiva.

Os síndromes geriátricos podem ser agravados de acordo com alguns factores externos, como os hábitos de vida inadequados, uma alimentação/hidratação precária, o consumo de álcool, tabaco, o sedentarismo e o stress.

Os efeitos destas patologias podem ser atenuados com uma correcta vigilância de saúde e tratamento farmacológico e terapêutico. Um envelhecimento activo, assente na prática de actividade física, fortalecem a musculatura, a activação da circulação sanguínea e o aumento da reserva pulmonar.

O suporte social, a adequação dos espaços físicos para protecção de acidentes, o recurso a ajudas técnicas (próteses auditivas; apoios que facilitem a deambulação e a realização das actividades de vida), o treino da destreza manual (pintura, tecelagem) e estimulação cognitiva (jogos) revelam-se fundamentais.

### **1.3. Envelhecimento Psicológico**

A velhice constitui a fase de vida em que o indivíduo é exposto a uma maior tensão emocional, relacionada com as particularidades de vivência desta fase, caracterizada por grandes transformações e mais especificamente, por uma sucessão de perdas difíceis de ultrapassar, tanto no plano físico, intelectual, como económico e social, vividas no ambiente familiar ou fora dele (Simões, 1998).

O envelhecimento psicológico está relacionado com a capacidade adaptativa às mudanças e tarefas do dia-a-dia, com os estados emocionais e com a percepção subjectiva do seu envelhecimento em relação aos seus pares com a mesma idade.

Conforme Barreto (1984), o processo de envelhecimento pode assumir-se como um verdadeiro drama para alguns idosos, acarretando problemas psicológicos, que se devem, não tanto á diminuição das funções cognitivas, mas essencialmente, à perda de papéis, pelas situações de crise, fadiga, pelo desenraizamento, ausência de apoio familiar, afecto, discriminação e outros factores que dificultam a sua adaptação.

Acontecimentos como a morte do cônjuge, a perda ou afastamento dos filhos,

amigos e colegas, a reforma, a alteração do estatuto social e os problemas económicos, conduzem o idoso, a muitas situações de stress, ansiedade e insegurança psicológica.

A sucessão de perdas no plano relacional, bem como, a perda de interesse no desenvolvimento de novos relacionamentos, que não podem substituir os anteriores, afectam a sociabilidade do idoso e predispõem ao isolamento.

De acordo com Correia (2003), a pessoa idosa em situação de isolamento, imagina que ninguém o quer ouvir, que não lhe prestam atenção e que são um empecilho na vida dos outros. O isolamento social compromete a alegria de viver do indivíduo e é um risco para a depressão e o suicídio.

Por outro lado, a inactividade propicia sentimentos de tristeza e de preocupação, perante um futuro financeiramente incerto, assim como, à sensação de inutilidade, que afecta a auto-estima.

Na perspectiva de Berger (2003), o idoso enfrenta nesta fase de vida, os fantasmas de envelhecer, que o atormentam e se evidenciam nos sintomas hipocondríacos, no medo da solidão, do desconhecido e da morte. Estes fantasmas estão associados às ideias erradas e preconceitos sociais sobre a velhice.

Segundo Barreto (1984), o envelhecimento pode suscitar sentimentos autodepreciativos, sofrimento e comprometimento da identidade, perante a dificuldade em aceitar as mudanças do corpo, exigindo a aceitação de um novo *self*, fisicamente menos robusto. O decréscimo da sociabilidade do idoso está assim, muitas vezes, relacionado com a deterioração da imagem que este tem de si mesmo, pelo facto de se sentir, a nível psicológico, desadequado ao seu aspecto físico, dado que toda a imagem que tem dele próprio (auto-imagem) é determinada pelo quadro social de referência, isto é, pela atitude do meio em relação ao idoso e pelo modo como os outros e a sociedade o tratam.

Muitas vezes é no olhar dos outros que o indivíduo vai tomando conhecimento do seu envelhecimento. Esta teoria encontra-se relacionada com o mecanismo psicológico do "*looking glass self*", decorrente de estudos da socialização da personalidade de Charles Cooley (1864-1929), em que é por referência aos outros e vendo os outros como um espelho, que os indivíduos adquirem a consciência da sua própria individualidade (Simões, 1998).

De acordo com Simões (1998), a desvalorização da imagem que o idoso tem de si e do seu valor pessoal, está relacionada com a imagem estereotipada da pessoa idosa nas sociedades ocidentais industrializadas, enquanto um ser diminuído e incapacitado. Emerge assim, a sensação de deslocação do seu meio social, correndo

o risco de adquirir uma imagem negativa de si próprio, originando conflitos interiores que podem culminar na perda de auto-estima, situação que o leva a isolar-se e a manifestar atitudes negativas, defensivas e cépticas no seu comportamento social, especialmente com os jovens.

A dificuldade em acompanhar as mudanças e em aceitar novos papéis, assim como, a perda progressiva da capacidade de adaptação às condições mutáveis do meio ambiente, agravam a tendência para a introspecção e o decréscimo da comunicação com o mundo exterior. Muitas das adaptações, representam verdadeiras crises, que afectam o seu estilo de vida e a sua auto-estima. O equilíbrio psíquico irá depender da capacidade de adaptação às condições da realidade que o cercam (Barreto, 1984).

É assim comum, a passividade e o desinteresse relativamente ao futuro, focalizando a sua atenção no passado, bem como, a angústia e o medo das mais diversas coisas, como de estarem sós, de precisarem de apoio dos outros e da morte, cada vez mais próxima.

A mudança de residência, institucionalização, ou outras alterações no meio em que a pessoa idosa vive, podem acarretar sentimentos de perda de privacidade, de desinserção familiar e social, de massificação, rotina no dia-a-dia, insegurança, despersonalização e ausência de liberdade. Estes factores favorecem a exclusão do idoso e o sentimento de abandono.

Todas estas mudanças provocam alterações na personalidade do idoso. Segundo Fontaine (2000), a personalidade é o nosso modo de agir, pensar, sentir e reagir no dia-a-dia. É então comum, o aumento de sintomas depressivos, reacção excessiva às dificuldades, impaciência perante a mínima contrariedade, autoritarismo, apatia, sentimentos de vazio, desmotivação e desinteresse pela vida, sendo que, por vezes, as queixas físicas servem para mascarar os sentimentos.

O envelhecimento da personalidade de acordo com a abordagem do desenvolvimento de Erikson (1973), citado por Simões (1998), percorre diversos estádios. A velhice, 8.º estádio de desenvolvimento, definido como “integridade versus desespero”, é uma etapa do ciclo de vida, de grande ansiedade, pela idade que avança e pela morte que se aproxima. O indivíduo, normalmente, procede a uma avaliação retrospectiva de toda a experiência vivida, analisando o que queria fazer e o que realmente fez.

Se o idoso não lamentar o passado e tiver uma visão positiva da vida, estará em princípio pronto para aceitar a velhice com tranquilidade, já que a autonomia, a iniciativa, a produtividade e uma identidade sólida, levarão, nos últimos anos de vida, a

um sentido de integridade e a uma aceitação da morte.

A consequência de uma visão negativa da vida, neste estágio, é o desespero. Neste contexto, o indivíduo sente que o tempo está a esgotar-se e que não viveu na plenitude, surgindo sentimentos de frustração e medo de enfrentar a morte.

A sociabilidade do idoso está muito dependente da forma como ele resolve este dilema interior. Esta condição implica, sobretudo, compreensão, atenção e manifestações de afecto, por parte daqueles que o rodeiam, no sentido de atenuar ao máximo o estado de carência.

#### **1.4. O Envelhecimento Social**

Com as mudanças que ocorrem e transformam o mundo a um ritmo acelerado, importa analisar a relação do idoso com o meio envolvente e a transformação da sua posição na sociedade.

Na perspectiva de Bize e Valier (1995), as pessoas idosas, apesar de estatisticamente mais numerosas, já não ocupam na nossa sociedade, o mesmo lugar que ocupavam não há muito tempo.

As funções e papéis sociais do Homem tendem a diminuir com o envelhecimento, essa redução sucede por imposição da sociedade ou por opção própria. Este fenómeno, no qual são atribuídos aos idosos comportamentos que correspondam a papéis determinados socialmente para eles, é designado de Envelhecimento Social (Schroots e Birren, 2006).

Os principais indicadores de envelhecimento social incidem na progressiva perda de contactos sociais gratificantes (distanciamento social); do poder de decisão; e dos papéis desempenhados na família e na sociedade.

De acordo com Zimerman (2000), existem alguns factores que poderão determinar e acelerar o processo de envelhecimento social, como as limitações funcionais, que têm como consequência, limitações nos relacionamentos sociais; a perda de autoridade; a reforma; a morte de parentes e amigos; a mudança de papéis tendo de adaptar-se a novos papéis na família e na sociedade, que podem conduzir a uma crise de identidade, à perda de auto-estima e de poder económico. O próprio ambiente pode ter influência sobre o envelhecimento social, pois o modo como cada indivíduo o sente está directamente relacionado com as expectativas da sociedade; as respostas e equipamentos sociais disponíveis; a rede de suporte, as condições de habitação e a própria composição demográfica do meio.

Segundo Berger e Mailloux-Poirier (1995), estes factores podem levar à

chamada *morte social*, isto é, ao afastamento completo da sociedade, que pode ser combatido estabelecendo contactos sociais.

Para Martins (2006), na sociedade actual, domina um modelo de desenvolvimento, que assenta no crescimento económico e no produtivismo, de onde resulta uma visão redutora do Homem e da sociedade, que é dividida em membros activos e inactivos.

O idoso é assim marginalizado e desvalorizado socialmente, pela diminuição dos seus rendimentos e pela perda de prestígio social, passando, muitas vezes, a ser considerado velho antes de o ser física e psiquicamente.

Perante a sobrevalorização do mundo moderno, da produção, da maximização do lucro, da jovialidade e do belo, há pouco ou nenhum espaço para o idoso. O idoso passou a ser visto como inútil e improdutivo, ser velho, passou a representar ser diminuído, carenciado, alguém que precisa de solidariedade e de auxílio.

Para Barreto (2003), a sociedade está organizada para quem produz, mais precisamente, para quem virá a render futuramente, no entanto, não se encontra organizada para quem cumpriu o seu tempo e os seus deveres, para quem rendeu e produziu, para quem espera agora beneficiar de alguma estabilidade e reconhecimento.

O idoso é, de um modo geral, encarado como pertencente a um grupo que tem uma especial propensão para conviver com problemas relacionados com a saúde e com a sociabilidade, incluindo os vínculos de convivência e de afecto, assim como, condicionalismos do foro físico. Como é bem visível, citando Barreto (2003),

*olhem para eles, arrastando-se num jardim público, sozinhos ou aos pares. Por vezes, com o ar de estarem «a serem passeados», atrás dos filhos, nem sempre com afectos e vontades suficientes. (...) Sem poder de compra, sem força para subir escadas, demorando eternidades a contar os trocos, enganam-se nas compras, andam devagar. Quantos são os que ambicionariam ser independentes e não necessitarem dos outros para tudo. (p.180)*

Segundo Bize e Valier (1995), a sabedoria e experiência adquirida ao longo dos anos não são suficientemente valorizadas, pelo contrário, na maior parte das vezes, o velho é considerado como um encargo e até um estorvo. O idoso perdeu assim, o seu papel enquanto educador e transmissor de conhecimentos.

Estes fenómenos podem conduzir ao afastamento/isolamento do idoso por sentir-se inútil e desvalorizado.

De acordo com Fernandes (1997), o envelhecimento passou a ser considerado,

uma situação problemática, a necessitar de apoio social, pois a solidariedade entre gerações, espécie de seguro de vida apostado na geração seguinte, parece estar comprometida.

Para Bize e Valier (1995), o idoso começa por ser marginalizado e negligenciado no seio familiar, sendo afastado enquanto chefe de família, para uma posição que menos incomode.

Tem-se também assistido a uma crescente desresponsabilização dos elementos da família no apoio ao idoso.

As alterações funcionais nos sistemas familiares actuais, assentes numa estrutura tipicamente nuclear e com fraca ligação emocional à rede familiar externa, o surgimento de novos tipos de família, o aumento de divórcios, a dispersão geográfica dos elementos da família, a valorização da vida profissional e a alteração do papel tradicional da mulher, como dona de casa disponível para cuidar dos elementos familiares mais dependentes, têm conduzido a uma sobreposição de valores, prevalecendo, a autonomia e o individualismo, em detrimento de valores inerentes à família, como a solidariedade e a entreaajuda.

Estes factores têm vindo a enfraquecer as redes de suporte informais, pois a prestação de cuidados e o acompanhamento regular que o idoso requer, na sua condição de gradual aumento de dependência, implica disponibilidade e dedicação.

Assim se inicia um processo de transferência da responsabilidade da protecção do idoso da esfera privada para a esfera pública, mais concretamente, para o Estado, o que origina uma mudança gradual nos laços que unem as gerações (Fernandes, 1997).

Ser-se idoso tem-se tornado, pouco a pouco, sinónimo de “incómodo para a família”, que tem de lidar com a deterioração física evolutiva. Para a sociedade, este constitui um fardo pesado, pois tem que disponibilizar verbas e condições adequadas a alguém que se tornou improdutivo (Bize e Vallier, 1995).

Neste contexto, torna-se imperioso reconhecer e dar importância à velhice, dinamizar projectos e políticas que possibilitem e incrementem uma assistência ao idoso em todas as suas vertentes (bio-psico-social).

A sociedade não pode continuar a exacerbar os aspectos negativos do envelhecimento, associando-a à dependência e doença, e deverá atribuir maior ênfase aos aspectos positivos, como a maturidade e experiência de vida, evitando o seu isolamento e exclusão.

Têm ainda de ser garantidos todos os direitos da pessoa idosa, nomeadamente, a integridade física e mental, a segurança económica, as condições habitacionais

adequadas, a oportunidade de realização pessoal, através de uma participação activa na sociedade e a garantia da prestação de todos os cuidados adequados.

Todos estes factores serão essenciais, na forma como os idosos concebem o seu mundo e por outro lado, na forma como os outros os percebem.

## **2. Desafios que se Impõe ao Idoso na Velhice**

Com foi possível constatar anteriormente, a velhice caracteriza-se por uma redução da capacidade adaptativa, porém, implica a vivencia de desafios e perdas súbitas, cujo tempo de adaptação é curto, como a morte de parentes e amigos, o afastamento geográfico dos filhos e dos netos, a mudança de residência, a diminuição de contactos pessoais, doenças graves, amputações de membros, entre outros.

Importa deste modo, analisar os principais desafios que os idosos vivenciam, e que muitas vezes, os tornam um grupo particularmente vulnerável, a visões gerontofóbicas e a imagens pré-concebidas, provocando um desfazamento na sua relação com o mundo envolvente, potenciador de isolamento, exclusão e solidão.

### **2.1. A Reforma**

A idade que marca a aproximação da velhice também define a chegada da aposentação/reforma, fase esta, que representa modificações concretas e reais na vida dos sujeitos, directamente relacionadas com o acréscimo de tempo livre e as formas de o ocupar (Osório e Pinto, 2007).

Esta nova etapa da vida poderá representar um período substancial de vida activa, de trinta anos ou mais, o que implica uma procura incessante de equilíbrio entre as limitações e as possibilidades.

Osório e Pinto (2007, p.254) explicam a aposentação como “o direito que tem o segurado de retirar-se da actividade profissional, (...) preenchido determinado tempo de serviço, passando a fazer jus a um pagamento periódico, por conta da instituição previdenciária”.

Para Haber et al. (1979) citados por Berger e Mailloux-Poirier (1995), a reforma acarreta um conjunto de perdas, a nível social, emocional, financeiro e da identidade.

Tal como refere Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2006),

*a reforma marca a desocupação de papéis sociais activos e apresenta-se como a abertura da porta de acesso à velhice, sobretudo porque o estatuto de reformado é*

*associado à perda de importância social e de poder. A aposentação, desejada ou forçada, exige sempre a cada sujeito reorientação de valores, objectivos e energias. (...) O grande desafio é reorganizar o quotidiano, descentrar a profissão e encontrar um papel que garanta a manutenção do sentido de utilidade. (p.28)*

Na perspectiva de Fernandes (1997), com a perda do papel profissional, tão valorizado pela sociedade, da rotina diária a ele associada, da redução de responsabilidade e autoridade, da modificação das relações sociais associadas ao mundo do trabalho e a menor segurança económica, emergem sentimentos de vazio, exclusão e inutilidade (frequentemente associados ao estar “inactivo”), que afectam a auto-estima e o sentido de vida da pessoa.

Também poderão emergir sentimentos depressivos, face à pressão para a desistência de escolhas, ou ainda, o aborrecimento, a apatia, a passividade, assim como, a sensação de estar perdido, sem saber o que fazer, associados à dificuldade na distribuição satisfatória do tempo e a uma vida mais simples e rotineira.

Ao nível da identidade individual e social, aprende-se desde cedo que “o trabalho dignifica o homem” e esse ditado popular parece tão enraizado, que se acaba por construir grande parte da identidade em função dele.

Na mesma linha de pensamento, o trabalho representa um dos aspectos mais importantes da identidade individual e social, sendo que, o indivíduo se define a si próprio (auto-imagem) e é reconhecido socialmente de acordo com os papéis que assume. Neste contexto, a reforma pode ser vivenciada como uma perda de prestígio e estatuto social, impondo-se a necessidade de edificar a identidade em torno de novos papéis e actividades.

A redução das interacções profissionais, leva ao enfraquecimento de laços de amizade, pelo que o idoso tende a isolar-se e a concentrar-se mais nos seus problemas. Este enfraquecimento das relações de amizade é potenciado pelo facto das relações serem cada vez mais superficiais e limitadas ao contexto profissional.

O empobrecimento e a precariedade são ideias comumente associadas a esta fase, uma vez que, a grande maioria dos indivíduos experimenta problemas em manter o mesmo padrão de vida, face à queda dos rendimentos, à consequente diminuição do poder de aquisição e elevados gastos com a saúde. Neste sentido, pode surgir a necessidade de reorganizar o estilo de vida e de abdicar de certos luxos, ou mesmo bens essenciais (Sousa, Figueiredo e Cerqueira, 2006).

Chapman (2002) refere que um planeamento cuidadoso pode tornar a aposentação nos melhores anos da vida. As recompensas desta fase podem oferecer menos *status* mas dar mais prazer. A passagem à reforma pode ser encarada, como

uma oportunidade de usufruir do tempo livre e de realizar projectos que até então, não houve possibilidade de concretizar devido à vida profissional, ou ainda, com a maior disponibilidade para se dedicar à família, exercendo o papel de educador dos netos.

A forma de encarar a reforma irá depender de inúmeros factores, desde a personalidade do próprio idoso, a sua relação com o trabalho, a importância atribuída aos papéis até então desempenhados e da disponibilidade de substitutos satisfatórios para os mesmos; o seu estado de saúde aquando da aposentação, a sua vida anterior, o seu nível de instrução, os seus recursos económicos, entre outros.

Apesar das mudanças inerentes a esta fase da vida reflectirem algumas limitações sociais, estas não podem constituir para a pessoa idosa, um factor de exclusão. Para uma velhice bem sucedida, compete a cada idoso, planear a sua reforma e reorganizar o quotidiano, encontrando um papel que possibilite a manutenção do sentido de utilidade e definindo estratégias que facilitem a adaptação às diversas mudanças (contrabalançando ganhos e perdas).

Oliveira (2005) aponta ainda, como factores determinantes para a integração social após a reforma, a saúde, a manutenção de um elevado nível de funcionamento cognitivo e físico, a participação social e o apoio da família, cuja contribuição interfere significativamente na qualidade de vida do idoso.

De acordo com o autor, devem ser estimuladas todas as dimensões do indivíduo a nível: *físico*, com exercícios práticos de estimulação física adaptados às capacidades do indivíduo; *psíquico*, como a percepção, pensamento, memória, atenção, afecto, auto-estima; e *social*, como a comunicação, a convivência, o sentimento de pertença, entre outros.

É importante ter consciência, que além das perdas, a velhice traduz a conquista de benefícios, em decorrência da maior experiência, conhecimento, maturidade e tolerância, que o passar dos anos oferece.

## **2.2. Envelhecendo em Família: As Relações Familiares na Velhice**

*“A família é o contexto desejado para envelhecer, tal como é o lugar apetecível para viver em todas as outras fases do desenvolvimento familiar. A nossa família é o lugar de aconchego, segurança, identidade e lembranças. Mesmo se as relações por vezes se tornam mais difíceis e os conflitos emergem, lá é o nosso lugar!”*

*(Sousa, Figueiredo e Cerqueira, 2006, p. 9)*

A família ocupa, desde sempre, o lugar mais importante em todo o percurso de vida do indivíduo. Para o idoso, assume também um papel vital, sendo que, a permanência no seu meio familiar e a manutenção das suas relações, permitem amenizar algumas consequências menos positivas do envelhecimento.

Na perspectiva de Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2006), o indivíduo aposentado tende a centrar-se na vida familiar face à dissolução dos contactos profissionais e diminuição da rede social, procurando apoio, amor e amizade. Os membros da família assumem assim, um papel fundamental na forma como o aposentado irá lidar com esse momento, o que implica alguma tolerância durante o período de adaptação e uma profunda reestruturação na dinâmica familiar, ao ponto de todos terem de passar por um processo de reeducação em termos de hábitos e atitudes.

No dizer de Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2006), a diminuição dos recursos financeiros tem consequências ao nível da autoridade e alterações de papéis do agregado familiar, no caso dos homens, estes deixam de ser o “sustento da família”, passando muitas vezes, a serem os filhos a apoiar economicamente o idoso (“role reversal”).

Outra situação comum no fim da vida é o regresso da família à sua composição inicial, a do casal sozinho (“ninho vazio”). Assiste-se porém, nesta fase da vida, a uma reaproximação dos filhos adultos que abandonaram o lar, procurando constituir para os pais idosos, sobretudo em situação de doença, uma fonte de apoio emocional e instrumental, apesar da distância geográfica, da pressão profissional e da necessidade de criarem os seus próprios descendentes.

O idoso biologicamente limitado, coloca à família problemas de assistência e pesados encargos económicos. Se as doenças são do foro cognitivo, a situação tende a ser pior para os cuidadores, causando sofrimento, por assistirem a degradação progressiva do seu familiar e pela sobrecarga de cuidados, com problemas de saúde associados.

Alguns idosos preferem pagar assistência do que a pedir aos filhos, evitando sentirem-se um fardo. Os filhos experimentam sentimentos ambíguos, entre querer ajudar mais e não querer ter essa obrigação.

As relações “pais-filhos” e “filhos-filhos” podem ser “afectadas pela forma como os idosos gerem o seu dinheiro e tomam as decisões sobre as heranças”. Por sua vez, este assunto pode tornar-se fonte de discussão para o casal. (Sousa, Figueiredo e Cerqueira, 2006, p. 31).

As relações “pais-filhos” também podem ser lesadas pelas elevadas expectativas dos pais em relação aos filhos, que esperam destes mais visitas, enquanto estes, procuram centrar-se na própria família.

Note-se contudo que, geralmente, as relações “pais-filhos” não declinam na velhice, tornando-se mais próximas, se porventura estas são problemáticas, é porque foram assim ao longo da vida.

As relações com os membros de afinidade, “sogros-noras/genros”, tendem a ser difíceis, sobretudo porque quando o filho casa, a mãe perde privilégios nessa relação, passando a partilhar um lugar central com a nora. As sogras tendem assim, a intrometer-se na vida do casal com a intenção de ajuda. Esta situação é sentida pelo elemento de afinidade como uma intromissão e invasão da privacidade do casal, por sua vez, as sogras sentem-se criticadas pelas noras (Sousa, Figueiredo e Cerqueira, 2006).

É ainda comum, a competição entre os pais dos dois elementos do casal, pela sua preferência e proximidade.

As relações entre irmãos na velhice readquirem maior proximidade, perante a maior disponibilidade de tempo e a aproximação do fim, baseando-se no apoio emocional, no afecto e na valorização de memórias de vida comuns, dos pais e da infância.

A relação com os netos é um factor importante para a satisfação do idoso. Segundo Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2006), a actual geração de avós é detentora de maior poder económico, maior formação e vivem mais anos, tendo a oportunidade de ver os netos crescer. Por outro lado, como nascem menos crianças, há a possibilidade de prestar atenção mais individualizada aos netos.

O maior envolvimento dos avós com os netos pode, porém, suscitar conflitos, se interferir na educação que os seus filhos dão aos netos.

Segundo Neugarten e Weinstein (1968), citados por Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2006), podem existir, diferentes tipos de relações “avós-netos”: formal, divertida, autoritária; substitutiva, autoritária e distante. Os *avós formais* procuram

assumir o que lhes parece ser o seu papel, mantendo bem clara a diferença em relação ao papel parental. Os *avós divertidos* assumem uma atitude informal, lúdica e de brincadeira, com os netos. Na ausência dos pais, os avós adoptam o papel *substitutivo* das funções parentais, assumindo as responsabilidades educativas. Os *avós autoritários*, colocam os pais dos netos numa posição de subordinação, aceite por ambas as partes. Os *avós distantes* mantêm contacto com os netos, apenas em ocasiões especiais (aniversários, festas).

Aos olhos dos netos, os avós podem assumir diferentes papéis: o de *historiador da família* (um livro de histórias com ligação ao passado); *professor* (pelos ensinamentos); *mentor* (pela transmissão de competências); *estudante* (aprendem e são inspirados pelos netos); um *sistema de apoio*; *parceiro* (nas brincadeiras); *génio* (têm o poder de satisfazer os desejos dos netos); *herói* (alguém com determinação, força e coragem); *modelo de papel* (o exemplo de opiniões e comportamentos a seguir); e *guia espiritual* (Kornhaber, 1996, citado por Sousa, Figueiredo e Cerqueira, 2006).

Entre os diversos benefícios das relações “avós-netos”, Kivnick (1982) citado pelas mesmas autoras, destaca a transmissão de afectos, que se revelam fundamentais para o desenvolvimento da criança; as funções educativas e o enriquecimento pessoal, atendendo à experiência e sabedoria dos avós; e a contextualização da vida social e familiar, já que os avós são “janelas” para o passado.

A relação “netos-avós”, também assume grande importância, na medida em que, a educação e prestação de cuidados aos netos, constitui para muitos idosos, um sentido para a vida.

Segundo Kornhaber (1996), citado por Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2006), as relações “avós maternos-avós paternos” podem ser condicionadas por diversos factores, como as diferentes origens culturais e religiosas, as diferentes opiniões, estilos de vida e níveis económicos.

Verifica-se assim, de um modo geral, que as relações estabelecidas no seio familiar assumem particular importância para o bem-estar do idoso e na forma como este encara esta fase da vida.

### **2.3. As Relações Sociais**

As redes sociais, “conjunto de pessoas, com quem o sujeito mantém relações e que percebe como significativas”, tendem a diminuir com o envelhecimento, constituindo uma fonte de grande tensão emocional para o idoso (Sousa, Figueiredo e

Cerqueira, 2006, p.37).

Com a morte de familiares, amigos, colegas, ou ainda, com o afastamento do mundo do trabalho, o círculo de relações vai-se restringindo, situação que se agrava, se o idoso não tiver capacidade para constituir novos relacionamentos.

A necessidade de manter-se leal aos que morreram, o receio de outra perda, as baixas expectativas em relação às novas amizades pode condicionar o investimento em outras relações.

As limitações físicas e as doenças poderão também limitar a sociabilidade do idoso, pela vontade de guardar as suas necessidades só para si, perante a dificuldade em deslocar-se além do espaço habitacional, ou ainda, de estabelecer contactos sociais, dadas as alterações cognitivas, da capacidade perceptiva, da visão e audição. Os obstáculos ambientais, como as barreiras arquitectónicas, os estereótipos sociais e a diminuição do estatuto económico dificultam igualmente a manutenção das relações.

Perante o exposto, o idoso vivencia frequentemente, sentimentos de solidão, que o encaminham para a exclusão e isolamento, que se traduz numa diminuição de interacção social, pela falta de comunicação e manutenção de contactos mínimos, o que é mais acentuado quando o idoso vive nos centros urbanos (Paúl, 1996).

Para Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2006), a solidão

*(...) refere-se à percepção de privação de contactos sociais, ou falta de pessoas disponíveis, ou com vontade de partilhar experiências sociais e emocionais. Essencialmente, trata-se de um estado em que o sujeito tem potencial e vontade de interagir com os outros, mas não o faz, isto é, há discrepância entre o desejo e a realidade das interações com os outros. (p. 39)*

Weiss (1973), citado por Netto (2004), distingue dois tipos de solidão: a social e a emocional. Enquanto a primeira, está relacionada com a insatisfação pela falta de uma rede de amigos ou pessoas conhecidas, a segunda, relaciona-se com a insatisfação provocada por uma relação pessoal, íntima.

Segundo Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2006), existem acontecimentos que podem reforçar os sentimentos de solidão na velhice, como viver só, a viuvez, a reforma, a perda de papéis anteriores importantes, a institucionalização, andar em sistema de rotatividade em casa dos vários filhos, os problemas de saúde, entre outros.

De acordo com as autoras, os idosos com maior poder económico, revelam maior possibilidade de estabelecer relacionamentos sociais, na medida em que, têm maior possibilidade de sair, viajar e conhecer outras pessoas.

Realça-se assim, a importância do empenho em criar relações afectivas gratificantes, entre amigos, vizinhos, colegas, entre outros, ou seja, ter por que viver e para quem viver, de modo a manter um determinado nível de auto-estima e bem-estar, que dê sentido á vida.

#### **2.4. A Dependência e a Doença**

Embora ser velho não seja sinónimo de ser dependente, na medida em que, a dependência pode surgir em outras fases da vida, com o envelhecimento existe tendência para o aumento de situações crónicas incapacitantes, com problemas de dependência e/ou défice funcional, que requerem a médio ou a longo prazo, suporte familiar, social ou de saúde.

Surge assim, outro desafio quando a deterioração física aumenta e se verifica uma considerável perda de independência e autonomia, necessitando de apoio na satisfação das necessidades básicas.

A perda de vigor, saúde e capacidade funcional, podem ameaçar a integridade dos idosos, suscitando sintomas depressivos, angústia e ansiedade.

Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2006) distinguem os estados de dependência, independência e autonomia.

*(...) a independência é definida como a condição de quem recorre aos seus próprios meios, para satisfação das suas necessidades; a dependência é encarada enquanto incapacidade do indivíduo para se bastar a si próprio, necessitando de ajuda de outro(s) para alcançar um nível aceitável de satisfação das suas necessidades. A autonomia será um comportamento do indivíduo em relação a si mesmo, como autor das suas decisões, regras e escolhas. (p.42)*

No Plano Gerontológico da RAM (2009-2013), a dependência é definida como,

*a situação em que se encontra a pessoa que por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar, ou de outra natureza, não consegue por si só realizar as actividades de vida diária (p.87).*

Segundo Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2006), de acordo com um estudo realizado por Sixsmith (1986), a manutenção da independência revela-se de extrema

importância para o idoso, uma vez que, permite não estar dependente de outrem para tarefas domésticas e cuidados pessoais, ter capacidade de decisão e liberdade de escolha, sem se sentir um fardo/obrigação para os outros.

Para as autoras, o que complica a vivência da doença na velhice (mesmo que simples) é o facto de esta ser associada á morte, sendo que, os idosos, tendem a pensar que perante aquela situação de doença não escapam e as famílias receiam a perda do elemento doente, vivenciando lutos antecipatórios.

Na situação de dependência, os indivíduos mais próximos, impelidos pelos laços afectivos ou não, procuram prestar auxílio, assegurando cuidados regulares, para fazer face às necessidades que vão surgindo no indivíduo, consoante o seu grau de dependência.

Esta dependência é todavia vivida, a maior parte das vezes, no seio da família. De acordo com Paúl (1996), a situação de doença/dependência de um familiar não vai afectar apenas a pessoa que dela é portadora, mas toda a família, impondo a redefinição de papéis.

Esta alteração de papéis, pode passar pelos cônjuges terem de assumir outras responsabilidades, como a esposa ter de substituir o marido na gestão das finanças familiares, ou o marido ter de assumir o papel da esposa, que não pode cozinhar nem limpar, tendo de aprender a fazê-lo (Sousa, Figueiredo e Cerqueira, 2006).

Por seu turno, o enfraquecimento gradual do idoso irá implicar alterações financeiras, perante o aumento de despesas com a saúde (medicação, ajudas técnicas, entre outras), ou a necessidade de efectuar adaptações habitacionais, apropriadas à sua condição.

A situação de dependência implica também a reorganização familiar quanto à prestação de cuidados ao elemento dependente. Por vezes, acaba por ser o próprio cônjuge, também idoso, que fica encarregue da prestação de cuidados, quando também estes já não têm capacidade e saúde para tal, a responsabilidade desta prestação de cuidados acaba por ser assumida pelos filhos. Invertem-se assim, os papéis, passando estes a assumir o papel de cuidadores (*“role reversal”*).

Na reorganização familiar para a prestação de cuidados, interferem as histórias de vida de cada um e as relações afectivas estabelecidas entre os elementos da família no passado. Assim, um elemento em situação de dependência, que assumiu durante a sua vida, uma relação conflituosa, ou infligiu algum tipo de violência sobre o cônjuge e filhos, pode ser alvo de retaliação e negligência nesta fase de vida.

O indivíduo dependente pode igualmente representar sobrecarga e desgaste para os familiares ou outros cuidadores, acarretando um conjunto de problemas

físicos, psicológicos e socioeconómicos, que decorrem da tarefa de cuidar e que influenciam diversas vertentes da vida do cuidador, nomeadamente, a sua vida familiar, social, profissional, bem como, o impacto que tem na sua saúde física e mental.

Neste contexto, podem surgir sentimentos contraditórios por parte de quem cuida, pela falta de liberdade e tempo para si, pela dificuldade em conciliar carreiras profissionais e por exaustão completa, que requer apoio físico e emocional, nem sempre identificado atempadamente (Berta, 2002).

Um idoso que coabite por tempo prolongado com o seu cônjuge portador de doença crónica e incapacitante pode vivenciar sentimentos ambivalentes: o desejo de que o outro sobreviva, continuando a fazer-lhe companhia, mesmo que dê trabalho; e ao mesmo tempo o da morte para acabar com o sofrimento. Isto desperta na pessoa o sentimento de culpa, por de certa forma, estar desejando algo que não é bom, para aquele que ama e que está sofrendo (Rebelo, 2006).

Perante a situação de dependência e vulnerabilidade, ou ainda, de sobrecarga familiar, as pessoas idosas podem ser facilmente, alvo de agressividade e atitudes que atentam contra o seu bem-estar físico, psíquico e social.

A negligência pode também ocorrer, sobretudo quando a família, totalmente absorvida pelas suas próprias actividades, não consegue dedicar qualquer tipo de atenção ao idoso, ou então, recusa auxílio nos cuidados básicos.

Oliveira (2005) aponta alguns exemplos de violência camuflada:

*(...) falta de atenção e carinho, falta de tempo para os ouvir e servir, falta de estimulação, considerá-los em massa e não como pessoas individuais, dificuldades na assistência a todos os níveis, a começar pela saúde, não lhes dar tempo ou ao menos alguma ocupação, culto da juventude, renegando tudo o que não é jovem, falta de adequação de estruturas arquitectónicas para a sua idade. (p.101)*

Visando evitar a exaustão dos cuidadores e as consequências que daí podem advir, torna-se fundamental que a sociedade garanta aos indivíduos e famílias algum suporte, através de políticas, respostas e serviços, indispensáveis ao seu bem-estar físico, psíquico e social.

## **2.5. O Luto e a Morte**

De acordo com Silva (2004), um grande desafio com que o idoso se depara é a morte, seja através da experiência de perda de alguém que fez parte da sua história de vida, havendo um mundo de relações que se transforma e uma rede de contactos que se reduz, seja através, do pensamento sobre a própria morte, que se aproxima com a idade.

Com o acréscimo dos anos, aumenta o número de mortes de amigos e de membros da família. Estas perdas, associadas a outras inerentes ao processo de envelhecimento, podem provocar grande impacto no idoso.

Na perspectiva de Sanders (1999) citado por Melo (2004), o **luto** é o estado experiencial, que a pessoa sofre após tomar consciência de uma perda, envolvendo uma série de tarefas ou fases para que tal aconteça.

Segundo Rebelo (2006), apesar da experiência do luto apresentar manifestações físicas e psíquicas mais ou menos comuns a todos os indivíduos, como o choro, a saudade, a angústia, estas podem ser mais graves nesta faixa etária, face à progressiva diminuição da capacidade de adaptação, às múltiplas perdas vivenciadas, à diminuição, e, em alguns casos, à total ausência de apoio dos familiares, que se constitui uma ferramenta de suporte essencial para a superação do luto.

Este processo pode ser extremamente doloroso, complexo, penoso e difícil de ultrapassar pelo idoso, representando um grave risco de depressão especialmente se associado, à ausência de apoio social e solidão.

O idoso enlutado tende ainda a revelar falta de interesse para construir relações de amizade, para relacionar-se, participar em actividades e assumir responsabilidades, como mecanismo de auto-protecção, o que culmina no isolamento social.

Para Freud (2001) citado por Silva (2004), quando a severidade dos sintomas do luto, característicos de uma fase inicial que se segue à perda, acaba por se prolongar por um período de tempo superior ao habitual, pela dificuldade de quebrar os laços com o falecido, estamos perante um luto patológico, que carece de acompanhamento médico.

Do ponto de vista sistémico, a morte na família envolve múltiplas perdas: a perda da pessoa; a perda de papéis e de relações; a perda da unidade familiar intacta; a perda de esperanças e sonhos por tudo o que poderia ter sido.

Torna-se essencial que a família seja tolerante para com o idoso em processo de luto e que principalmente, desenvolva a comunicação e partilha de sentimentos sobre a perda, procurando contornar a ruptura do equilíbrio familiar.

Quanto mais forte for o laço estabelecido com o ente perdido, maior será o impacto e sofrimento advindos da ameaça ou ruptura desse laço. A perda de um filho, ou cônjuge são, geralmente, os acontecimentos mais marcantes.

A **viuvez** na velhice é bastante frequente e um acontecimento altamente traumático. Tendo em consideração que a esperança média de vida das mulheres é superior (sete anos em média), são elas que mais sobrevivem, tratando-se de uma experiência principalmente feminina.

Adaptar-se à perda do cônjuge é uma tarefa que implica mudança de papéis. Uma viúva, terá de reorganizar a vida sem a pessoa querida e aprender a desempenhar novos papéis, outrora realizados pela pessoa falecida, poderá ainda, ter de abdicar de um determinado nível de vida, face à diminuição de rendimentos e sobretudo, aprender a viver sozinha (Rebelo, 2006).

Com a perda do marido, a mulher perde também o papel de esposa, adquirido quando casada, para passar a assumir um novo papel – o papel de viúva, que exige uma reestruturação da sua identidade (construída com o marido enquanto sua esposa).

O contexto social, formado por uma rede de apoio, onde se incluem amigos, familiares, colegas também viúvas, vizinhos, ou ainda o apoio profissional, contribui para a adaptação à viuvez e por conseguinte, para a superação do processo de luto.

De acordo com Berger e Mailloux-Poirier (1995), existe tendência para associar a velhice à **morte**, por representar a última fase da vida, contudo, o maior número de mortes são decorrentes de patologias e não da idade.

Em termos biológicos, a morte “marca a paragem de funcionamento de todos os processos vitais e é muitas vezes determinada pelo cessar dos batimentos cardíacos” (Berger e Mailloux-Poirier, 1995, p.510).

Segundo as autoras o indivíduo pode não morrer em ambiente familiar, todavia, não deve morrer sozinho, excepto por opção pessoal.

O retorno à prática religiosa é, nesta fase de vida, sentido como indispensável, na tentativa de encontrar força para enfrentar a morte dos que o rodeiam, para lidar com a ansiedade que os pensamentos frequentes sobre a sua morte despertam e sobretudo, sobre o que vem depois dela, acreditando na vida eterna e no reencontro com os entes que já partiram.

Como referem Berger e Mailloux-Poirier (1995, p.511), os idosos face à tendência de serem afastados do seu meio habitual de vida e a serem colocados em hospitais, “são muitas vezes socialmente mortos muito antes da morte natural ou biológica”. A morte social representa assim, uma experiência que se caracteriza pela

diminuição das relações humanas.

Outros autores consideram que a sociedade prepara gradualmente os indivíduos para morrerem na velhice. Este processo começa com a diminuição dos papéis desempenhados, com a morte social e finalmente, a morte biológica.

Para Berger e Mailloux-Poirier (1995) existem situações que causam mais constrangimento aos idosos do que a morte, como a solidão, a humilhação, a doença prolongada, a perda do papel social, da autonomia e da dignidade.

### **CAPÍTULO III**

#### **DO ENVELHECER AO NECESSITAR DE CUIDADOS**

*“ (...) os cuidados aos idosos (...) apoiam-se em noções teóricas e práticas específicas e administram-se num contexto de colaboração, de amor e de respeito entre os idosos, as suas famílias e todos os intervenientes.”*

*(Berger e Mailloux-Poirier, 1995, p.8)*

##### **1. A Essência do Cuidar**

O conceito de cuidar pode assumir significados e valores sociais diferentes em função das características de quem cuida (o género, os papéis familiares e profissionais), de quem é o beneficiário dos cuidados (idade, situação de dependência), da relação interpessoal entre quem cuida e quem recebe cuidados (laços de parentesco ou profissionais, inerentes ao processos de cuidar) e do contexto físico em que se desenvolve o cuidado (familiar ou institucional). (Thomas, 1993)<sup>1</sup>

Na perspectiva de Collière (1999), o acto de cuidar pode assumir duas perspectivas distintas: um acto individual que se presta a si mesmo (auto-cuidado), mas igualmente, um acto de reciprocidade prestado a toda a pessoa que, temporária ou definitivamente, tem necessidade de ajuda para assumir a satisfação das suas necessidades básicas.

O cuidar, em sentido genérico, "refere-se aos actos de assistência ou suporte dirigidos a outro indivíduo ou grupo com necessidades evidentes ou antecipadas de melhoria ou aperfeiçoamento de uma condição humana ou forma de vida" (Leininger, 1988, citado por Moniz, 2001, p.55).

A essência da prática de cuidar baseia-se numa atenção personalizada, a alguém que vive uma situação que lhe é particular, numa perspectiva de a ajudar e de contribuir para o seu bem-estar.

Estabelece-se assim, uma relação de ajuda, entre alguém que sente alguma dificuldade e um outro, que tem por missão ajudar a superar e a encontrar os recursos necessários para fazer face a essa dificuldade.

---

<sup>1</sup> Citado em Santa Casa da Misericórdia de Santarém. (2004). O Cuidar e o Prestador de Cuidados.

O objectivo de cuidar é proteger, melhorar e preservar a dignidade humana, envolve valores, vontade, um compromisso para cuidar, conhecimentos e afecto.

Uma questão pertinente é a de saber se todos somos capazes de cuidar, ou se a sua concretização deve obedecer a determinados critérios.

A capacidade de cuidar está enraizada na natureza humana, no entanto, a formação exerce um papel fundamental na qualidade do cuidar, possibilitando a aquisição de qualificações, conhecimentos, atitudes, habilidades e desenvolvimento de competências integradas.

A aprendizagem do cuidado implica reflectir e problematizar os contextos da prática, de forma a torná-los espaços de excelência para cuidar.

Cuidar envolve colocar em prática toda a dimensão humana de quem cuida e de quem é cuidado. Exige preocupação, respeito pelo outro, sentir para e com a pessoa cuidada, bem como, cuidar a pessoa na sua singularidade (Hesbeen 2001).

Implica um verdadeiro encontro com o outro e um estar disponível para o outro, numa relação de proximidade e de ajuda, que se evidencie pela abertura, compreensão e confiança, propícias para àquele que é cuidado se apropriar da ajuda oferecida e sentir-se cuidado.

Este acto não se caracteriza por uma atitude paternalista, mas sim por uma abordagem que ajude o outro a crescer, a aprender a gerir os múltiplos factores do quotidiano e a promover o bem-estar individual.

Cuidar exige respeito pela liberdade do indivíduo que é cuidado, pelos seus pontos de vista, comportamentos, necessidades, desejos e projectos.

De acordo com Hesbeen (2001), no processo de cuidados o doente e o cuidador deverão ser tidos em conta como “pessoas” - numa perspectiva holística e humanística – com características físicas, cognitivas, sociais, afectivas e espirituais, às quais, correspondem necessidades específicas. Cuidar envolve muito mais do que simplesmente tratar pessoas, ao considerarmos a pessoa como um todo, mais do que a soma das partes, estamos a cuidar e não a tratar.

Apesar das necessidades de cuidado variarem ao longo do ciclo vital, estas são essencialmente acrescidas no início e no final desse ciclo. Como se verificou anteriormente, na última fase da vida, existe maior susceptibilidade para desenvolver doenças crónicas, que comprometem a capacidade funcional e impõem o cuidado de outrem para garantir o bem-estar e a satisfação das necessidades.

Os cuidados assegurados variam em função da evolução da doença, da situação de dependência, do contexto familiar e das redes de apoio social. O cuidar deve assumir, neste contexto, um carácter individualizado, respondendo às

necessidades físicas e sentimentais, tanto dos prestadores de cuidados como de quem é cuidado.

A prestação de cuidados ao idoso poderá assim, incidir na satisfação de necessidades ao nível da higiene pessoal, confecção e administração da alimentação/medicação, transferências e posicionamentos, higiene do ambiente (arrumar e limpar a casa), tratamento da roupa, execução de tarefas no exterior (acompanhar a consultas médicas, efectuar as compras, gerir o dinheiro, entre outros), ou ainda, em atender a necessidades de suporte emocional (companhia).

## **2. As Redes de Suporte**

As redes de suporte, enquanto meios organizados socialmente para a prestação de cuidados, constituem um importante elemento propiciador de bem-estar, saúde física e mental dos idosos.

De acordo com Berger e Mailloux-Poirier (1995, p.95), as redes de suporte à pessoa idosa, podem ser classificadas em formais e informais. “A rede de suporte formal (...) é composta de organismos de ajuda governamentais e serviços benévolos, enquanto a rede informal (ou rede natural de ajuda) é constituída pelo companheiro, parentes, amigos e vizinhos.”

Segundo Paúl (1997), estas redes prestam apoio ao nível da satisfação das necessidades básicas e instrumentais de vida diária, bem como, a nível psicológico, promovendo bem-estar, perante a diminuição, temporária ou permanente, das capacidades funcionais do idoso.

### **2.1. As Redes Informais de Apoio**

Segundo Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2006), a prestação informal de cuidados é assegurada por elementos da rede social do idoso, que exercem actividades, de carácter privado, não remuneratório e regular, imprescindíveis a uma vida condigna. Os cuidados não têm uma construção previamente definida, nem são regidos por aspectos formais e técnicos, surgindo em consequência de relações sociais ou afectivas, à medida que as necessidades emergem.

É comum distinguir o cuidador informal primário/principal do cuidador secundário, em que o primeiro é aquele que se responsabiliza pelo cuidado ao idoso dependente e o segundo, é todo aquele que presta cuidados complementares ao

idoso ou ao cuidador principal (alívio na prestação de cuidados).

A iniciação ao papel de cuidador informal, nem sempre é uma actividade consciente ou desejada, surgindo, com frequência de forma quase imperceptível, à medida que a doença progride, tornando difícil delimitar o início deste papel.

Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2006) apontam como principais motivações da prestação informal de cuidados: a *solidariedade conjugal/familiar*, associada ao afecto e à gratidão, atendendo às experiências passadas e a tudo o que foi anteriormente oferecido pelo indivíduo agora debilitado; o *dever moral*, seguindo o que dita a consciência; o *dever social*, procurando corresponder às expectativas da sociedade, tradições e padrões sociais vigentes, de modo a evitar a censura; valores de ajuda ao próximo, fundamentados no *cristianismo*; a *recompensa material*, em que a ajuda é prestada como espécie de garantia de uma retribuição (como possíveis heranças); o *evitamento da institucionalização*, atendendo ao cariz negativo, que ainda é atribuído a esta opção, quer pelos idosos, quer pelos familiares.

É a rede próxima do indivíduo, na grande maioria, a família, quem assume a prestação informal de cuidados. Não raras as vezes, este papel recai sobre um único elemento da família, geralmente solteiro e do sexo feminino (filha), tornando esta actividade difícil e solitária (Sousa, Figueiredo e Cerqueira, 2006).

O crescente envelhecimento populacional tem conduzido a outra realidade: a existência de cuidadores informais também idosos, normalmente, o cônjuge, cujo papel é assumido na sequência das responsabilidades tradicionais do casamento.

Na perspectiva de Brito (2002), estes idosos cuidadores, além de envolvidos numa prestação de cuidados que supera as suas forças, estão a vivenciar o seu próprio envelhecimento, expondo-se a elevados riscos de comprometimento físico e de saúde. Este fenómeno leva frequentemente o cuidador a questionar-se sobre quem irá continuar a prestação de cuidados, caso ele morra primeiro, ou seja incapaz de continuar a cuidar.

De acordo com Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2006), os cuidadores informais poderão sofrer a nível: físico (cansaço/ fadiga, desgaste prolongado, alterações no sono, dores articulares, deterioração do estado de saúde); psicológico (ansiedade, stress, depressão, irritabilidade); e social (gastos financeiros associados, restrição de tempo para desempenhar actividades de lazer, prejuízo a nível profissional, pelo conflito entre a tarefa de cuidar e o desempenho profissional, entre outros).

Segundo as autoras,

*apesar da prestação de cuidados ser uma tarefa a tempo integral para alguns cuidadores, não o é certamente para outros (...) que a par desta actividade, exercem*

*uma profissão". É assim comum, a dificuldade em conciliar o papel de cuidador com o papel profissional, que podem entrar em conflito directo: "(...) enquanto estão no emprego preocupam-se com o bem-estar dos seus familiares; por outro lado, as pressões relacionadas com o trabalho interferem na prestação de cuidados. (p.69)*

Segundo Bris (1994) citado por Botelho (2007), o papel de cuidar pode suscitar no cuidador informal alguns sentimentos, como a *culpabilização*, associada à ideia de não fazer o suficiente, ou por ter perdido a cabeça e usado um tom mais agressivo, ou ainda, por se ter permitido a pequenas actividades de lazer, como ir ao cinema; a *impotência*, por assistir á lenta degradação e sofrimento da pessoa que cuida; *ternura*, *compaixão*, *tristeza*, *angústia* perante a ideia da morte, sua e do outro, suscitada pelo efeito de espelho, no qual a pessoa que presta cuidados vê diante de si o seu próprio reflexo.

Na perspectiva de Anderson (1995), citado por Botelho (2007), os cuidadores informais apresentam alguma resistência em solicitar/aceitar ajuda e em revelar as suas necessidades aos profissionais. Este facto encontra-se relacionado com o receio, de que essa atitude possa representar sinal de fracasso, podendo ser julgados de forma inadequada como cuidadores, ou por não quererem dar prioridade às suas necessidades em relação às do doente, ou simplesmente, por pensarem que a sua situação não pode melhorar.

Apesar das dificuldades vivenciadas, pelos cuidadores informais, a institucionalização do idoso é tida como última alternativa, dada a imagem negativa ligada aos lares, a vergonha pelo que a comunidade irá pensar, a culpabilização e o facto de esse recurso ser vivido como um abandono e um fracasso.

De acordo com Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2006), o fardo dos cuidadores informais pode ser agravado, mediante a falta de preparação, informação e escassez de apoio social e emocional; a dificuldade em gerir sentimentos pessoais e conflitos familiares resultantes de cuidar de um familiar idoso; e perante a colocação das suas necessidades em segundo plano, relativamente às do doente que cuidam.

Paúl (1997) apresenta como essencial ao cuidador informal, a preocupação da sociedade com o que este sente e as necessidades que vivencia; falar das suas dificuldades e preocupações; sentir-se escutado e compreendido; a valorização e reconhecimento pelo desempenho da sua difícil tarefa.

Os cuidadores devem ainda ser preparados, para lidar com os diversos sentimentos que podem acompanhar o cuidar, como a culpa, a frustração, a raiva e a depressão, oferecendo-lhe estruturas psico-emocionais para cuidar do outro e de si.

Segundo Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2006), a tarefa de cuidar, também tem

aspectos positivos, podendo constituir-se fonte de satisfação, por ser encarada como uma oportunidade de expressar amor e afecto, pelo sentido de recompensa quando o cuidado beneficia a pessoa dependente e pela felicidade de tornar mais doce o fim da vida de alguém. O cuidado pode ainda acarretar recompensas materiais, a longo prazo (heranças) ou imediatas, “quando as necessidades do idoso vão ao encontro das necessidades do cuidador (dependência financeira da pensão do idoso, em que o cuidador é alojado e alimentado gratuitamente)” (Sousa, Figueiredo e Cerqueira, 2006, p.71).

## **2.2. As Redes Formais de Apoio**

As alterações nos sistemas familiares (tendo-se passado de um tipo de família extensa para um tipo de família predominantemente nuclear), a maior participação da mulher no mercado de trabalho, a valorização da vida profissional e a dispersão geográfica dos elementos da família, têm vindo a enfraquecer as redes de suporte informais.

Por outro lado, a conquista da longevidade do ser humano, trouxe novas exigências e desafios, quer para o campo da reflexão, quer para o campo das acções públicas e privadas, aos quais é preciso responder.

Neste contexto, surgem as redes formais de apoio, que segundo Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2006), incluem os serviços estatais e os organizados pelo poder local para servir a população.

O Estado tem vindo assim, a organizar-se, através da criação de respostas e ampliação dos serviços para idosos, no sentido de garantir a este sector da população, uma vida humanamente digna e de oferecer uma rede estruturada de apoio às famílias com idosos a cargo.

Entre os diversos apoios formais disponíveis para idosos, destacam-se as acções dinamizadas pelas autarquias (recuperação/adaptação habitacional, organização de actividades culturais e recreativas), os serviços de saúde, os apoios sociais (como o atendimento social, serviços de apoio domiciliário, centros de convívio, centros de dia ou de noite, lares para a terceira idade, acolhimento familiar, tele-assistência, empréstimo ou comparticipação de ajudas técnicas, apoios financeiros), entre outros.

Neste âmbito tem-se vindo a observar um crescente aumento do número de profissionais especializados na intervenção com a população idosa, o que reflecte a consciencialização de que esta população apresenta características e particularidades

próprias, que exigem um aprofundamento de conhecimentos específicos.

Durante muito tempo, a intervenção junto das pessoas idosas, foi essencialmente remediativa e curativa, contudo actualmente, investe-se na prevenção das situações potencializadoras da aceleração ou degradação do envelhecimento e na promoção de condições que permitam a qualidade de vida, a integração sócio-familiar das pessoas idosas e a sua participação activa na comunidade.

De acordo com Costa (2002), a prestação formal de cuidados, pode assumir uma dimensão uni, pluri e transdisciplinar, sendo que, a complexidade dos problemas sociais, torna cada vez mais difícil a intervenção isolada de um só profissional. Impõe-se assim, que as diversas profissões assistenciais aliem os seus esforços, garantindo a permanência dos idosos no seu ambiente familiar, com dignidade e qualidade de vida.

Cresce a noção de que a qualidade dos serviços depende, em grande parte, do prestador de cuidados, não bastando oferecer boas instalações, ou técnicas sofisticadas, o que requer uma aposta a este nível. Apostar no prestador formal de cuidados implica maior estabilidade e valorização profissional, contribuindo para a satisfação com o trabalho; maior profissionalização e formação contínua.

A prestação formal de cuidados requer determinadas capacidades, indispensáveis ao bom desempenho profissional, sobretudo quando se quer atribuir uma visão humanista à prática do cuidar.

Partindo da análise do trabalho de Jean Watson (1985), Hesbeen (2001) faz uma reflexão sobre o que é essencial nas profissões de ajuda.

Na perspectiva do autor, a capacitação profissional deve ser o ponto de partida. Esta profissionalização deverá incidir no desenvolvimento de *competências técnicas* para o cuidado ao idoso, formando profissionais com uma visão mais integrada, com capacidade de trabalho em equipa e de intervenção multidisciplinar, bem como, de *competências pessoais e relacionais*, fundamentais na relação de ajuda com a pessoa que envelhece e o seu contexto familiar.

É de fundamental importância que o profissional entenda as peculiaridades anatómicas e funcionais do envelhecimento, sabendo discernir com máxima precisão, os efeitos naturais deste processo (senescência), das alterações produzidas pelas inúmeras doenças que podem acometer o idoso (senilidade).

Segundo Zarit (1997), citado por Cerqueira e Oliveira (2002), os profissionais que trabalham com idosos devem estar familiarizados com os diagnósticos e possibilidades de tratamento; devem conhecer os recursos e serviços de apoio disponíveis; possuir habilidades que permitam identificar sentimentos e

comportamentos do idoso, compreendê-los e/ou modificá-los, fomentando a qualidade de vida e a coesão familiar.

No que concerne às competências pessoais e relacionais, Berger e Mailloux-Poirier, (1995), destacam a capacidade de *comunicação* e de *escuta*, que consiste no diálogo e na atenção ao outro, identificando os problemas e as necessidades expressas de forma verbal ou não verbal; a *compreensão* daquilo que o outro está a sentir, colocando-se no seu lugar, para ajudá-lo a evoluir; a *empatia*, que consiste na capacidade de sentir as emoções do outro, sem se deixar envolver e compreender a dinâmica do seu comportamento; adequando a sua postura e simplicidade da linguagem; o *respeito*, considerando a pessoa um ser único e aceitando incondicionalmente os seus valores; a *assertividade*, a *gestão de stress* e de *emoções*.

“Saber-ser” e “Saber-estar” tornam-se deste modo, competências fulcrais aos cuidadores formais, que complementam o “Saber-fazer”.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) traçou alguns objectivos que os cuidadores formais devem procurar alcançar, que passam por, prevenir a perda de aptidões funcionais do idoso; garantir a qualidade de vida; manter o idoso no meio que este deseja; prestar suporte à família/cuidadores informais; proporcionar assistência de qualidade; e contribuir para que o idoso morra tranquilamente, proporcionando-lhe os cuidados adequados.

As intervenções dos profissionais devem ser programadas e estabelecidas a nível físico, psicológico, social e financeiro, através de planos de cuidados, tendo em conta não só as necessidades da pessoa dependente, mas também, as do cuidador, evitando a sobrecarga de cuidados e garantido o seu bem-estar físico e mental.

Assim, as famílias/cuidadores informais e profissionais devem ser parceiros no acto de cuidar. Para Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2006), parceiro é aquele que partilha ou toma parte com outro, envolve a partilha de valores e de responsabilidades, consenso, igualdade, respeito mútuo, riscos e ganhos, bem como, confiança e cooperação. Os cuidados ao idoso podem ser otimizados, quando a relação entre cuidadores formais, pessoas idosas e famílias/cuidadores informais é eficaz.

Botelho (2007), fazendo referência a um estudo feito na Escócia, de Ward e Cavanagh (1997), aponta que as necessidades dos cuidadores informais incidiam na aquisição de mais informação sobre a situação do doente; sobre as práticas do cuidar; nas formas de obtenção de apoio formal, bem como, no maior diálogo com os profissionais e valorização da sua opinião.

O apoio formal aos cuidadores informais deve, deste modo, incidir em três vertentes fundamentais: o apoio psicológico, a educação/orientação e informação

sobre os sistemas sociais de apoio. Assim sendo, o cuidador informal deve receber orientações sobre a prestação de cuidados ao idoso, desenvolvendo competências para a resolução de problemas e actuação em situações de emergência; deve ser informado sobre os recursos existentes (ao nível da saúde, social, financeiro e jurídico); sobre as especificidades da doença e o seu desenvolvimento, preparando-o para os cenários com os quais terá de lidar.

Atendendo à importância que o prestador formal de cuidados assume na qualidade dos serviços assegurados à população idosa, torna-se fundamental, avaliar as concepções dos profissionais sobre a velhice, na medida em que, estas irão determinar os seus comportamentos.

Por ser objecto deste estudo, entre os diversos prestadores formais de cuidados à população idosa, atribui-se particular ênfase ao papel do Enfermeiro, do Assistente Social e da Ajudante Domiciliária.

### **a) A Enfermagem em Gerontologia**

De acordo com o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE, 1996), a Enfermagem é a “(...) profissão que, na área da saúde, tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem ou recuperem a saúde (...)”.<sup>2</sup>

Segundo Collière, (1999), os cuidados de enfermagem, podem estar ligados às funções de manutenção de continuidade da vida (*care*), ou ligados à necessidade de reparar o que constitui obstáculo a vida (os cuidados de reparação – *cure*).

Para Agreda (1999), a Enfermagem Gerontológica, surgiu perante a necessidade de especialização na assistência à pessoa que envelhece, procurando garantir que este processo decorra nas melhores condições de saúde e autonomia.

Segundo o autor esta especialidade procura promover hábitos de vida saudáveis; prevenir as consequências negativas do envelhecimento; garantir às pessoas idosas frágeis e em situação de risco, a avaliação do grau de risco, a prevenção de complicações e a manutenção da independência; prevenir a perda de aptidões funcionais; apoiar o idoso a readquirir capacidades; melhorar a qualidade de vida e, se necessário, assegurar uma morte digna.

Por sua vez, Berger e Mailloux- Poirier (1995) destacam alguns objectivos a ter em conta na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa idosa, designadamente:

---

<sup>2</sup> Artigo 4º do Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro.

proteger e promover a saúde; prevenir complicações de situações patológicas; satisfazer necessidades de saúde identificadas, percebidas e/ou expressas; proporcionar o acesso e acolhimento digno no serviço de saúde; favorecer a autonomia da pessoa; ajudar a pessoa na preservação e desenvolvimento de novas capacidades físicas, psicológicas e sociais.

Na perspectiva de Agreda (1999), estes profissionais deverão assumir um papel fundamental, na consciencialização das potencialidades do idoso; na promoção da funcionalidade e da preparação da velhice ao longo da vida; no alívio da dor, garantindo a manutenção da dignidade e do bem-estar.

Devem ainda colaborar com o familiar que não tem experiência na área, no sentido de o capacitar e orientar sobre a prática de cuidar, de o ajudar a desenvolver habilidades e conhecimentos para lidar com a demanda de cuidados que a doença do idoso exige.

Perante a sobrecarga do cuidador informal, compete ao Enfermeiro, acompanhar o cuidador no domicílio e prestar assistência efectiva, contribuindo para que o cuidar não se torne desgastante e ajudando-o a lidar com os factores geradores de sobrecarga (Keyth, 2008).

Torna-se imprescindível investir na capacitação dos profissionais de saúde, responsáveis pela assistência à população idosa, bem como, a articulação com outros técnicos e disciplinas, numa verdadeira intervenção holística e multidisciplinar propiciadora de bem-estar e qualidade de vida.

### ***b) A Prática do Assistente Social e o Idoso***

O Serviço Social é uma profissão de carácter interventivo cuja actuação incide sobre as expressões multifacetadas dos fenómenos sociais.

O Assistente Social é o profissional especializado em Serviço Social, que detém atribuições, saberes, competências, métodos e técnicas específicas de intervenção, que lhes permite conceber, planear, organizar recursos e prestar cuidados ao nível social e relacional, no sentido de promover o bem-estar social e melhorar as condições de vida de cidadãos, grupos e comunidades.

De acordo com o Estatuto Legal da Carreira do Assistente Social (2003), este profissional está particularmente preparado para desenvolver processos de intervenção social, assentes em competências como a articulação, a interacção institucional, a mediação e a negociação, entre serviços e cidadãos, que se impõem pela necessidade de potencializar recursos.

É desta forma um agente potenciador de mudança na sociedade, estando-lhe subjacente um conjunto articulado de valores como o humanismo, a solidariedade, a equidade e a justiça social.

Ao nível de cidadãos e famílias, prestam apoio psicossocial, acompanhamento social e pedagógico; identificam e diagnosticam necessidades e problemas; delineiam planos de intervenção; orientam e disponibilizam informações sobre os recursos disponíveis.

Na sua intervenção, este profissional procura a resolução de problemas e a satisfação de necessidades (adequação social), a defesa/ampliação dos direitos humanos e a salvaguarda da dignidade humana (advocacia social), indo ao encontro da auto-realização e aspirações individuais. Procura ainda identificar, com os indivíduos, as suas potencialidades e desenvolver o seu potencial humano, co-responsabilizando e incentivando-os a uma participação activa (*empowerment*).

No âmbito da terceira idade, o Serviço Social tem o desafio de procurar garantir o lugar deste sector da população, numa sociedade onde predominam algumas representações negativas sobre a pessoa idosa, que propiciam ao isolamento. Compete assim a este profissional, garantir os direitos sociais do idoso, resgatar a sua dignidade, lutar contra qualquer tipo de discriminação e desmistificar preconceitos, bem como, consciencializar sobre o valor e o papel do idoso na sociedade.

Diante do idoso que vive momentos de exclusão, o desafio do Assistente Social é manter o diálogo entre as diferentes faixas etárias; estimular a consciência participativa do idoso objectivando a sua integração na sociedade e fazer com que este acredite em si como pessoa de direitos, assumindo-se como imprescindível à produtividade social.

A sua prática assistencial com a população idosa deve ter como objectivos, intervir na prevenção/resolução de problemas e satisfação das suas necessidades, tendo em atenção a sua singularidade; manter o idoso onde este deseja, ajudando-o a ultrapassar as dificuldades da velhice; fortalecer/encorajar o relacionamento familiar e ajudar a encontrar meios para alargar as relações sociais.

No que se refere à família, o Assistente Social tem como tarefa essencial, despertar para o cuidado e o respeito pela tomada de decisão do idoso consciente, pela sua autonomia e liberdade pessoal. É ainda da competência deste profissional, apoiar a família na readaptação e reorganização familiar, impostas pelas situações de dependência.

Perante as vulnerabilidades e em situações de pobreza enfrentadas pelos idosos e famílias, que condicionam a qualidade de vida, cabe a este profissional garantir

apoio material efectivo e o acesso aos recursos existentes na comunidade que se revelem adequados às suas necessidades.

Deve por fim, unir esforços com outros profissionais que intervêm com a população idosa, numa acção interdisciplinar, tendo em vista o desenvolvimento de programas e projectos, que procurem garantir melhores condições de vida e dignidade na velhice.

### ***c) A Ajudante Domiciliária e a Pessoa Idosa***

A Ajudante Domiciliária pode ser definida como o profissional pertencente ao Serviço de Ajuda Domiciliária e como tal, responsável pela prestação de cuidados individualizados e humanizados no domicílio, a indivíduos e famílias, quando por motivo de dependência, não possam assegurar, temporária ou permanentemente, a satisfação das necessidades básicas e/ou as actividades da vida diária (Despacho Normativo n.º 62, de 12 de Novembro de 1999).

De acordo com o Plano Gerontológico da RAM (2009-2013) o Serviço de Ajuda Domiciliária é um

programa individualizado de carácter preventivo e reabilitador no qual se articulam um conjunto de serviços e técnicas de intervenção profissional que consistem na atenção pessoal, doméstica, de apoio psicossocial e familiar e nas relações com o meio, com o objectivo básico de favorecer o incremento da autonomia pessoal no seu meio habitual de vida. (p.51)

Os cuidados domiciliários revelam-se de extrema importância, na medida em que possibilitam a manutenção dos idosos no seu domicílio junto dos seus, garantindo a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos e famílias e evitando o processo de institucionalização.

Às ajudantes domiciliárias cabe, de acordo com o plano de cuidados delineado com o envolvimento do idoso e família: promover hábitos de vida saudáveis; prestar os cuidados de higiene pessoal e conforto; apoiar na confecção de refeições; acompanhar ou administrar a alimentação, garantindo uma alimentação saudável e a hidratação; administrar a medicação prescrita, que não seja da exclusiva competência dos técnicos de saúde; proceder ao tratamento de roupas, à organização e higiene habitacional; realizar no exterior, os serviços necessários aos cidadãos e acompanhá-los nas suas deslocações (a consultas, compras, serviços públicos, actividades culturais, entre outros); proporcionar companhia e desenvolver actividades lúdicas e

ocupacionais, evitando o isolamento e a solidão (Despacho Normativo n.º 62 de 12 de Novembro).

As tarefas realizadas por este profissional, devem procurar envolver a participação do idoso e incentivar a mobilidade, desde que este possua o mínimo de potencialidade, apesar do seu ritmo poder ser vagaroso, promovendo assim, a sua autonomia e a recuperação de funcionalidade.

Os seus cuidados devem promover a coesão familiar, criando condições que permitam preservar e incentivar as relações familiares e sociais. Deve ainda sempre que possível, envolver a família/cuidador informal, fomentando a aprendizagem de métodos e técnicas de prestação de cuidados, que permitam completar o apoio na sua ausência.

A sua intervenção visa também, constituir um alívio para os prestadores informais de cuidados, prevenindo situações de doença inerentes à sobrecarga de cuidados e promovendo a conciliação entre a prestação de cuidados, o trabalho e o lazer.

Neste contexto, compete a este profissional sinalizar as alterações que se verifiquem na situação do idoso, que afectem o seu bem-estar e estar atento ao aparecimento de sinais de exaustão por parte do cuidador, de forma a permitir a avaliação e adequação do plano de cuidados.

## **CAPÍTULO IV**

### **RACIONALIDADES LEIGAS SOBRE ENVELHECIMENTO E VELHICE**

*“Antes que se abata sobre nós, a velhice é uma coisa que só concerne aos outros. Assim, pode-se compreender que a sociedade consiga impedir-nos de ver nos velhos nossos semelhantes.”*

*(Beauvoir, 1990, p.12)*

Como foi possível verificar anteriormente, o envelhecimento e a velhice, compreendem alterações fisiológicas, psicológicas e sociais inevitáveis, mas são também uma construção social, na medida em que, as sociedades criam representações e imagens que acabam por definir e compor as concepções sobre estes fenómenos.

Nota-se contudo, que socialmente a velhice e o envelhecimento tendem a ser representados de modo negativo, surgindo imagens que assentam na sobre-generalização e na sobrestimação das incapacidades dos idosos.

#### **1. Representações Sociais**

O referencial teórico sobre as Representações Sociais foi iniciado pelo psicólogo francês Serge Moscovici, na década de 60 do século XX, na sua obra “La Psychanalyse, son Image et son Public”, onde com base no conceito quase esquecido de representações colectivas proposto por Emile Durkheim em 1898, edificou a Teoria das Representações Sociais, procurando desta forma, explicar os processos que levam os sujeitos a construir teorias sobre determinados objectos e que orientam os seus comportamentos.

Os conceitos de representação individual (do domínio da psicologia) e representação colectiva (do domínio da sociologia), instituídos inicialmente por Durkheim, em que o primeiro, tinha como substrato a consciência própria de cada um e o segundo, era compartilhado por todos os membros de um grupo, deram assim lugar, a um único conceito, o de representação social, remodelado e adaptado às condições das sociedades contemporâneas, por Moscovici.

A Teoria das Representações Sociais procura, deste modo, explicar os

fenómenos do homem a partir de uma perspectiva colectiva, sem perder de vista a individualidade.

Moscovici (2003) define a representação social como um conjunto de conceitos, afirmações e explicações, a partir das quais, procuramos conhecer ou compreender os fenómenos do quotidiano.

Estas noções também designadas de “senso comum”, permitem-nos nomear a realidade e agir dentro dela, tornando possível a comunicação indispensável ao quotidiano.

Denise Jodelet (2002) confirma a ideia de que as representações sociais reportam-se ao modo de pensar e interpretar o quotidiano e são criadas a partir da necessidade do homem conhecer e se relacionar com o mundo.

As representações sociais classificam as circunstâncias, os fenómenos, a forma como apreendemos os acontecimentos sociais do quotidiano, as informações do ambiente, os indivíduos que nos rodeiam e com quem lidamos.

As representações estão presentes sempre que o indivíduo se relaciona com os outros, edificando as formas de pensar, orientando e organizando os comportamentos e a comunicação social.

“Elas impregnam a maioria das nossas relações estabelecidas, os objectos que nós produzimos ou consumimos e as comunicações que estabelecemos” (Catita, 2008, p.44).

Estas podem constituir-se através das experiências, das informações, saberes e modelos de pensamento, que recebemos pela tradição, pela educação e pela comunicação social. É assim, um conhecimento socialmente elaborado e partilhado.

Um mesmo objecto pode ter assim, diversas representações, variando de acordo com a actividade cognitiva, as normas e valores de cada um e dos grupos sociais em que estão inseridos.

Na perspectiva de Moscovici (2003), as representações sociais formam-se através de dois processos: a Objectivação e a Ancoragem.

A Objectivação, enquanto processo de formação das representações sociais, consiste em filtrar a informação disponível sobre os fenómenos, ou objecto de representação, simplificando-os e edificando um saber comum, a partir do qual se emitem opiniões. Neste processo as ideias abstractas transformam-se em imagens concretas, através do reagrupamento de ideias e imagens, no sentido de tornar a mensagem mais comunicável e útil, podendo dar lugar à redução da informação sobre o objecto ou a distorções, na medida em que, alguns elementos são esquecidos e outros são mais desenvolvidos.

Este processo constitui três fases:

Construção selectiva - as informações sobre o objecto sofrem um processo de selecção e descontextualização, sendo esta triagem, fortemente condicionada pelos interesses e valores do próprio grupo de pertença do sujeito. São assim, retidos pelo sujeito apenas alguns elementos dentro daquilo que este considera útil;

Obtenção de um esquema figurativo - corresponde a um processo de apropriação, em que se organiza e estrutura os elementos num esquema figurativo de pensamento simples e sintético, que é concretizado em imagens;

Naturalização - operação pela qual os conceitos se organizam em categorias de linguagem e entendimento, que expressam directamente a realidade, ou seja, o abstracto torna-se concreto.

A *ancoragem* prende-se com a assimilação das imagens criadas pela objectivação, atribuindo-lhes um sentido e categorizando-as segundo uma hierarquia particular de valores, sendo que, estas novas imagens se juntam a imagens prévias, nascendo assim, novos conceitos que orientarão as condutas e as relações sociais.

Este processo também se estrutura a partir de três etapas:

Enraizamento no sistema de pensamento - que se caracteriza pela integração cognitiva do objecto no sistema de pensamento, articulando-as com um sistema de ideias pré-existentes, fazendo-se o julgamento do novo objecto;

Atribuição do sentido - de acordo com uma rede de significações, estabelecida segundo os valores sociais dominantes;

Instrumentalização do saber - a teoria, ideia, ou conceito, é transformado em saber útil, contribuindo para a compreensão da realidade e orientação das condutas.

As representações sociais assumem assim, a função de interpretação da realidade, atribuindo um sentido a acontecimentos, comportamentos, pessoas; e de orientação da comunicação, das condutas e das relações sociais.

Segundo Moscovici (2003), as representações sociais, são produto de uma realidade exterior, formando-se a partir de *informações, atitudes e imagens*.

A *informação* incide na angariação e organização de conhecimentos sobre um objecto social.

A *imagem* remete à ideia de modelo social, ao conteúdo concreto e limitado das proposições acerca de um aspecto preciso do objecto da representação.

A *atitude* é uma disposição em relação a pessoas ou objectos, ou um conjunto de juízos/opiniões, que geram comportamentos e tomadas de decisão sobre determinadas pessoas ou objectos.

Todas estas dimensões estão interligadas, constituindo-se como teorias que

procuram classificar as circunstâncias, os fenómenos, as personagens que nos rodeiam e orientam as condutas, contudo, na opinião de Moscovici (2003), a atitude é a mais frequente das três dimensões que integram as representações sociais.

Atendendo ao objecto de estudo, atribuir-se-á particular ênfase às imagens, enquanto dimensão construtiva das representações sociais, que os diferentes profissionais possuem sobre a velhice e envelhecimento e que orientam a sua acção.

Importa ainda referir, que quando assentes em percepções distorcidas da realidade, as representações sociais podem produzir ou assumir a forma de estereótipos, preconceitos, crenças e mitos, que por vezes, são tidos como iguais, porém, não o são efectivamente.

O **estereótipo** é definido como uma forma de representação social muito simplificada, em que uma categoria de pessoas, instituições ou acontecimentos são agrupados, assumindo que estes revelam características e comportamentos típicos. Estes juízos vão-se desenvolvendo a partir das experiências e informações que se possui das pessoas ou grupos, podendo influenciar os comportamentos (Berger e Mailloux-Poirier, 1995).

Note-se que, os estereótipos podem ser vistos como formas de representação social, contudo, nem todas as representações sociais dão origem a estereótipos, na medida em que, podem não remeter para qualquer tipo de discriminação social.

O estereótipo é assim, uma forma discriminatória que atribui significados e dita os comportamentos que os indivíduos, alvo de estereótipo, devem ter, ou vir a ter. Dito de outra forma, é um “chavão”, uma “generalização” acerca de um grupo de pessoas ou objectos, não reconhecendo a unicidade do indivíduo.

De acordo com Ribeiro (2007), a distorção causada por estereótipos “cegam” os indivíduos, impedindo-os de identificar as diferenças que existem entre os vários elementos.

Estes podem assumir uma natureza positiva, quando são atribuídas características positivas a todos os objectos ou pessoas de uma categoria particular (por exemplo, “todos os idosos são prudentes”), ou negativa (de que é exemplo, “todos os idosos são doentes”).

Sendo o estereótipo uma percepção extremamente simplificada e na medida em que o conhecimento humano não é capaz de ser sempre complexo, flexível e crítico, podemos dizer que tendemos a cair no estereótipo.

Os estereótipos acabam por se revelar nas interações sociais, originando uma construção ou imagem social e quando se generalizam levam à formação de crenças e mitos (imagem cultural).

De acordo com Monteiro e Santos (2003, p.149), o **preconceito** é “um conceito formado antecipadamente e sem fundamento sério ou razoável (...) designa uma atitude que deriva de pré julgamentos e que conduz os sujeitos a avaliar negativa ou positivamente objectos, pessoas ou grupos sociais”. Surge pelo desconhecimento dos critérios que definem as classes e da singularidade dos elementos que as compõem.

Para Berger e Mailloux-Poirier (1995), as **crenças** são um conjunto de informações sobre um assunto, ou pessoas que integram e influenciam culturas. Estas actuam nos processos perceptivos, determinando as intenções, comportamentos e a formação de atitudes (por exemplo: a ideia de que todos os idosos são sensatos e dóceis e nunca se zangam; ou ainda, de que o envelhecimento torna as pessoas senis, inactivas, fracas e inúteis).

O **mito** é “uma construção do espírito que não se baseia na realidade. É uma representação simbólica” e manifesta-se através de frases, expressões feitas ou eufemismos, por exemplo, “a idade de ouro”, ou “ela tem um ar jovem para a idade”, (Berger e Mailloux-Poirier, 1995, p.64). Segundo os autores, os mitos escondem, muitas vezes hostilidade e quando utilizados em excesso, impedem o estabelecimento de contactos verdadeiros com os idosos.

### **1.1. A Imagem enquanto Representação Instituída**

O mundo social e humano dificilmente se nos apresenta, sem possuir adjectivações. Concepções, ditos, frases feitas e etiquetas verbais acerca de pessoas e grupos, são referências com que, frequentemente, nos deparamos, nas conversas diárias de rua e nos meios de comunicação social.

De acordo com Kunda (1999), citado por Ribeiro (2007), as pessoas tendem a classificar os outros de acordo com a idade, a raça e o género.

Ao categorizar as pessoas como jovens ou velhas, estamos a atribuir-lhes um grupo de pertença e conseqüentemente, a activar uma representação sobre esse grupo de idade, associada a atributos, competências e características (cognitivas, funcionais, religiosas e espirituais), que se manifestam em imagens.

Etimologicamente, a palavra *imagem* deriva do latim “*imago*” e designa uma representação adquirida ou criada pelo ser humano, seja em forma de objecto, pintura, desenho, gravura, registo fotográfico, ou pensamento (Wikipédia, 2011).

A imagem é ainda definida como um acto que procura apreender um objecto ausente, ou inexistente, através de um conteúdo psíquico (Ribeiro, 2007).

O termo imagem aparece no dicionário, como um conjunto de conceitos que as

peças associam a determinada pessoa, objecto, produto ou instituição (Dicionário Verbo, 2006). Segundo esta definição, a imagem, construída pela pessoa e ligada a um sistema de valores (cultura), influencia inevitavelmente, a construção da percepção e do pensamento.

Segundo Monteiro (2000), citado por Ribeiro (2007), as imagens começam a formar-se desde muito cedo, ainda na infância e assumem duas funções: fazer juízos (positivos ou negativos) e oferecer informação que regula a interacção com os outros.

Actualmente, numa era de globalização, as imagens são também as veiculadas pelos anúncios publicitários, impressas nas revistas, expostas nas paredes de edifícios; exibidas em telas de cinema e de televisão, entre outros.

As imagens aliadas à linguagem, possuem um grande potencial, na medida em que, por um lado, têm como objectivo apresentar os acontecimentos e informar, mas por outro, procuram seduzir e convencer.

As imagens podem ser agrupadas em *imagens mentais*, *sociais* e *culturais*. As *imagens mentais* referem-se à representação interiorizada e estruturada de objectos ou acontecimentos. Ao imaginar-se um objecto, está-se a produzir uma imagem mental. Estas imagens são uma forma de pensar, interpretar e compreendem as percepções de si próprio e dos outros. No caso dos idosos, são as ideias que os mesmos fazem de si (auto-conceito) e as ideias que os outros fazem dos idosos (Ribeiro, 2007).

As *imagens sociais* são as partilhadas por um grupo ou colectividade, estas englobam as discriminações sociais, atitudes e preconceitos (por exemplo, em relação à velhice e ao envelhecimento).

As *imagens culturais* são um conjunto de ideias, associadas a convicções, hábitos e costumes aprendidos de geração em geração, por meio da vida em sociedade. Abarcam os mitos, as crenças e tabus, que se estabelecem depois de um determinado tempo, tornando-se num princípio.

### **1.1.1. Imagens de Velhice e Envelhecimento na Sociedade Actual**

As imagens de velhice e envelhecimento têm um carácter multifacetado, na medida em que, podem assumir concepções diferentes de indivíduo para indivíduo, de cultura para cultura, de época para época. É portanto evidente, a impossibilidade de se pensar na velhice fora de um contexto histórico e social determinado.

As imagens podem também ser diferentes de acordo com outros factores, como as ideologias e os valores individuais de quem as concessionaria, a capacidade

económica do idoso, o estado de saúde, a região e grupo social a que pertence, a sua instrução e qualificação profissional, entre outros.

As imagens podem assumir várias interpretações ou juízos, de cariz negativo, positivo, ou neutro. Ribeiro (2007) sistematiza as imagens mais comuns da velhice e envelhecimento a partir dos seguintes autores: Berger & Mailloux (1995); Palmore (1999); Martins & Rodrigues (2004); Sousa, Figueiredo & Cerqueira, (2004); INE (2000, 2002); Lehr & Thomae (2003); WHO/HSC/AHE (1999); HelpAge (2003); Sousa (2005); AARP, (2004); Levy et al. (2002); Monteiro (2000); Salgado (2000); Rodriguez (2000); Kart & Kinney (2001); Jönson (2005); Simões (1985); Neto, Raveau & Chiche (1989). (Quadro 1)

**Quadro 1A.** Imagens de Velhice e Envelhecimento

	<b>Tipos de Imagens</b>	<b>Definição</b>
<b>POSITIVAS</b>	Amabilidade e amizade	Caloroso; bondoso; amigo.
	Serenidade	Anos de ouro; prudência; tranquilidade; existência de mais tempo livre; momento feliz para aproveitar a vida. Os idosos gostam de estar sentados a balançar-se nas cadeiras de baloiço.
	Sabedoria	Maturidade; experiência; inteligência; conselheiros; mestres.
	Felicidade e sociabilidade	A velhice é a melhor idade. Os idosos gostam de se divertir, de rir, conversar, conviver, de jogar as cartas e outros jogos.
	Avós	Provedores de cuidados, educação e afectos aos netos.
	Guardiães das tradições familiares	Gostam de contar as recordações. Fazem a ligação entre o passado e o presente; fornecem informação sobre a história da família e da comunidade.
<b>NEGATIVAS</b>	Solidão e tristeza e mau humor	São solitários; pouco sociáveis e participativos. Institucionalizados, abandonados, excluídos da família e sociedade. Irritados, rabugentos e sem sentido de humor. Infelicidade, depressão e desânimo.
	Insegurança	Temem o futuro e têm poucas ilusões ou desejos. São muito sensíveis.
	Pobreza	São na maioria pobres.
	Homogeneidade	São todos iguais.
	Assexualidade	Não se interessam pela sexualidade.

**Quadro 1B.** Imagens de Velhice e Envelhecimento (continuação)

Tipos de Imagens		Definição
NEGATIVAS	Doença	Necessitam de muitos cuidados de saúde, tomam muita medicação e são hospitalizados com frequência. Hipocondríacos, senis, débeis/vulneráveis; com pouca saúde e muitas dores. Todos os idosos são surdos e senis.
	Dependência	Incapacidade e dependência dos filhos; inutilidade; inativos e improdutivos. Perda de funcionalidade. São frágeis para fazer exercício físico.
	Aproximação da morte	Vivem à espera da morte, na medida em que, já viveram o que tinham para viver.
	Vítimas de crime	Abuso a nível físico, sexual e psicológico. Actos de negligência e violência, nas famílias e nas instituições de apoio.
	Aspecto físico	Feios; descuidados; despreocupados com a aparência.
	Aborrecido e antiquado	Têm muitos hábitos e rotinas; são impacientes; rígidos e conservadores. Não se adaptam à mudança.
	Incapacidade de aprender	Não adquirem novas informações. Desorientados; confusos e esquecidos. Conduzem mal.
	Espirituais	Muito religiosos e praticantes.
NEUTRAS	Fase normal da vida	É ter muitos anos. Trata-se de mais uma fase da vida com características específicas.
	Estado de espírito	Ser velho ou novo não depende da idade, mas da forma como a pessoa se sente e a percebe.

*Adaptado de Ribeiro (2007, p. 54)*

De acordo com Ribeiro (2007), as imagens positivas emergem na presença de relações afectivas e de proximidade (laços familiares), enquanto as imagens negativas surgem essencialmente, quando se associam ao estatuto social.

Segundo Harrigan & Farmer (1992), citados por Ribeiro (2007), as imagens reflectem três dimensões: biológica, psicológica e social. A nível biológico, emergem imagens associadas: à doença, dependência, ao aspecto físico, à incapacidade sexual, perda de funcionalidade e morte. A nível psicológico surgem imagens ligadas: à rigidez, tranquilidade, responsabilidade, senilidade, inteligência, memória e solução de problemas. A nível social surgem ideias: de solidão, abandono, isolamento,

alheamento, stress, reforma e tempo livre.

Em todas estas dimensões, existem imagens positivas e negativas, evidenciam-se contudo, as imagens negativas relacionadas com os aspectos do corpo (vertente biológica), que incidem na capacidade cognitiva, na aparência e no grau de dependência física.

Como se verificou anteriormente, o idoso no passado, era visto como um elemento privilegiado, com forte poder de decisão, atendendo ao saber acumulado, sendo respeitado, honrado e agraciado pela presença da família. Actualmente, apesar da população idosa ser cada vez mais representativa, a imagem do idoso construída pela sociedade é na maior parte das vezes, pouco dignificante, usurpando-lhe direitos e até mesmo deveres. Deparamo-nos diariamente, com visões gerontofóbicas e imagens pré-concebidas, atribuindo ao velho comportamentos ou condutas esperadas.

“A sociedade actual tem constantemente infligido flechas dilacerantes contra o velho; diminuindo-o, apartando-o e renunciando-o em prole do que é novo, vigoroso e sobretudo lucrativo” (Quaresma, 2008, p.44).

De acordo com Ramos (2005), os idosos são um grupo particularmente vulnerável, na medida em que,

*(...) são confrontados com um conjunto de perdas (de saúde, de morte, de relações significativas, do papel profissional e de independência), e objecto de muitas atitudes preconceituosas e práticas discriminatórias, muitas políticas e práticas institucionais alimentando e reproduzindo crenças erradas, estereótipos e preconceitos em relação aos idosos e ao envelhecimento. (p.9)*

Segundo Sousa, Cerqueira e Galante (2004), citados por Ribeiro (2007), a rejeição dos idosos não é explícita, mas assume formas ocultas, estando subentendida/implícita nas expressões e comportamentos, presumivelmente, porque as pessoas sabem que, em princípio, também irão envelhecer.

As imagens negativas mais vulgarizadas nos nossos dias são as do idoso só, triste, senil, inactivo, fraco, inútil, abandonado e em alguns casos, sem um mínimo de recursos para a sua subsistência. É ainda comum utilizar a rotulagem de: doente, acabado, amargurado, parado, preguiçoso, egoísta, aborrecido e teimoso.

Assiste-se também, vulgarmente, a ideias de que os idosos mesmo não estando doentes, não estão aptos a realizar as tarefas que outrora desempenharam, que são incapazes de aprender, ou possuem uma existência desprovida de interesses, de integração social e oportunidades. A velhice é assim tida como um declínio inevitável, votado ao fracasso.

É ainda comum, a sociedade atribuir uma conotação negativa ao sexo, nesta fase da vida. Como a sexualidade já não pode ser relacionada à procriação, há alguma tendência, por questões morais e religiosas, para negá-la, ou torná-la um tabu. Além disso, os meios de comunicação social e a publicidade associam exclusivamente, a imagem do sexo a corpos jovens, elegantes e bonitos, o que reforça a ideia de que os idosos não se interessam pela sexualidade.

De acordo com Lima (2003), citado por Custódio (2008), muitos das ideias acerca da sexualidade na terceira idade, são difundidas através de anedotas e ditos populares. Pode-se exemplificar algumas expressões populares que ilustram as atitudes da sociedade em relação à sexualidade do idoso, como “viúva alegre”, “velho tarado”, “solteirona”, “velhinho assanhado”.

Estas ideias despertam nos idosos sentimentos de culpa e conflitos interiores, por experimentarem desejo sexual.

Além disso, a aparência física do ser humano envelhecido tem um forte impacto estigmatizante na sociedade, acarretando comportamentos e atitudes velhistas.

Na perspectiva de Beauvoir (1990), qualquer pessoa fica sobressaltada quando a nomeiam de “velha”, mesmo que, a própria já tenha denominado de “velho”, alguém até mais novo. A velhice é desta forma, uma construção social e cultural, sustentada pelo preconceito de uma sociedade que quer viver muito, mas não quer envelhecer.

De acordo com Berger e Mailloux-Poirier (1995, p.63), os velhos de hoje, os “gastos”, os “enrugados”, cometeram a asneira de envelhecer numa cultura que exalta o novo, o elegante e o bonito.

Na perspectiva de Paz (2000), citada por Paulino (2007), podem ser encontrados alguns exemplos nas lendas e contos infantis, em que a personagem má é frequentemente simbolizada pela bruxa, velha e feia. Já a donzela, possui atributos como a beleza, a juventude, a cordialidade e a ternura, representando a bondade e a docilidade.

A figura do velho é assim, atrelada a características desagradáveis, como sisudo, feio e mau e cria-se um temor à velhice, que vai compondo a imaginação do sujeito, desde a infância.

Em outras histórias, mesmo não sendo maus, os idosos assumem um papel secundário e são geralmente sozinhos, doentes, dependentes, fracos, improdutivos ou incapazes, denotando fragilidade ou solidão.

Estas associações negativas, vão-se disseminando através dos meios de comunicação/expressão (teatro, cinema, artes plásticas, anedotas) e estruturando o imaginário social.

Uma figura que assume um cariz positivo é a do Pai Natal. O bom velhinho assume um papel ideológico inspirador de bondade e confiança, que induz ao bom comportamento da criança, mas também de interesse (se não for bonzinho não tem direito a presente).

Outro dos problemas vigentes na sociedade, é o facto desta se fixar apenas na produtividade, os idosos são assim vistos, como economicamente inúteis, tornando-se demasiado dispendiosos para a sociedade, em especial, quando se encontram dependentes (Costa 2002).

A população idosa começa, porém, a atrair interesses enquanto consumidores, pela aquisição cosméticos anti-idade, ajudas técnicas, ou como frequentadores de clínicas geriátricas, clubes de lazer, entre outros. Procura-se desta forma, proporcionar uma velhice saudável, com qualidade de vida, todavia acessível a somente uma parcela reduzida da população (Paz, 2000, citada por Paulino 2007).

Neste contexto, percebe-se um aumento do interesse dos média neste grupo etário, através de anúncios publicitários e artigos, no entanto, as imagens difundidas assumem e reforçam, muitas vezes, um carácter negativo.

Para alguns publicitários, o choque que as imagens provocam é o segredo do sucesso da propaganda, daí que destacar os aspectos negativos da velhice seja uma estratégia de marketing de produtos para retardar o envelhecimento (Paz, 2000, citada por Paulino, 2007). Muitos dos anúncios publicitários que contam com a participação de idosos, procuram assim, na sua maioria, vender produtos para outras faixas etárias e enaltecer a juventude.

Enfim, os média com a sua presença constante no quotidiano das pessoas, exercem grande influência nos valores, nas opiniões e nos comportamentos da sociedade, podendo ser vistos como produtores e colaboradores na reprodução da imagem social do idoso, muitas vezes, depreciativa e discriminatória, salvo as excepções dos idosos notáveis e célebres, que não são a maioria deste grupo etário.

Dado que as imagens influem na formação das representações sociais, é importante revertê-las, modificá-las e reconstruí-las. Neste contexto, os meios de comunicação social devem ser considerados como instrumentos essenciais, buscando valorizar a pessoa idosa e redefinir o seu papel na sociedade.

### **1.1.2. Desmistificando Imagens de Velhice e Envelhecimento**

*“Que ao envelhecer permaneça tudo belo... Há tantas coisas boas para fazer. O ouro, as rendas, o marfim e as sedas não precisam de ser novos. E as velhas árvores também curam, as velhas ruas também têm encanto. Então, por que não poderei eu, como elas, permanecer belo ao envelhecer?”*

*(Direcção – Geral de Saúde, 2000, p. 3)*

Na perspectiva de Simões (1990), os idosos não se enquadram nas ideias pré-concebidas pela sociedade que minimizam as diferenças individuais e estabelecem as características de um grupo etário.

A maioria das representações sobre o envelhecimento está associada, a traços da personalidade e a factores sócio-económicos e não a características específicas do envelhecimento.

No que concerne às imagens associadas ao temperamento do idoso, de acordo com Ermida (1999), citado por Ribeiro (2007), a probabilidade de encontrar idosos amigos e amáveis é igual à de encontrar idosos pouco amáveis ou antipáticos, sendo que, não podemos partir do pressuposto que estes são genericamente afáveis, serenos, sociáveis, ou mal-humorados. O carácter de qualquer pessoa depende dos traços da sua personalidade edificados desde a infância e de acordo com as histórias de vida (Berger, 2003).

É ainda frequente, associar-se as imagens de velhice à participação em diversas actividades lúdicas e de lazer, note-se contudo, que alguns não gostam, ou não podem participar nestas actividades.

A velhice é comumente associada à melhor idade, sabe-se contudo, que este facto não é uma verdade para todos os idosos, tratando-se de um eufemismo que encobre as desigualdades presentes na nossa sociedade e que desconsidera o princípio de uma sociedade para todas as idades. A melhor idade é aquela em que a pessoa está feliz consigo própria, independentemente da idade cronológica.

As imagens que enfatizam o idoso como avô, provedor de cuidados, educação e afecto aos netos, também não podem ser generalizadas, na medida em que, o desempenho deste papel pode assumir formas diferentes, estabelecendo-se relações avós/netos próximas ou distantes.

A conceptualização do idoso como “contador de histórias” e “elo de ligação ao passado” pode impedir que o idoso e aqueles que com ele convivem tenham uma visão do futuro.

Por sua vez, a concepção dos idosos como solitários, não tem em consideração os idosos que têm uma vida social activa, que mantém elos de amizade, permanecem em contacto estreito com a família e participam regularmente em actividades sociais. Neste contexto, os idosos socialmente activos são considerados, muitas vezes, como tendo um comportamento social atípico, pelo que constituem uma excepção.

Importa ainda referir, que a solidão pode ocorrer ao longo de toda a vida, que podemos sentir solidão em plena multidão e podemos estar sozinhos sem nos sentirmos solitários. Assim, pode até ser considerável o número de idosos a viver sós, o que não significa, forçosamente, que estes vivenciem solidão.

Apesar da população idosa ser, muitas vezes, conotada com a institucionalização e abandono, os estudos indicam que a maioria dos idosos encontra-se no domicílio, sendo os cuidados assegurados pela família, essencialmente pelas filhas, contando com apoios formais, sendo que, apenas uma pequena percentagem vive em lares (Sousa, Figueiredo e Cerqueira, 2006).

Apesar de se considerar que a maior parte dos idosos é infeliz, os estudos realizados revelam que o nível de satisfação de vida dos idosos é relativamente elevado, sendo facilmente comparável ao dos adultos. Além de que, existem tantos idosos sós e infelizes como poderão existir jovens e adultos na mesma condição.

Não é justo associar-se esta fase de vida à inutilidade e improdutividade, pois há idosos que ainda manifestam capacidade de trabalhar, são criativos e produzem efectivamente, grandes obras. Não devemos deste modo, esquecer os idosos dispostos a continuar activos e que ocupam cada vez mais espaço nas mais diversas áreas, como a literatura, a política, as ciências, o teatro e outros. Além disso, os estudos demonstram que os trabalhadores idosos têm uma taxa de absentismo menos elevada, têm menos acidentes e um rendimento mais constante.

De facto, os idosos em situação de dependência e vulnerabilidade, estão mais sujeitos a abusos, contudo, esta situação é comum a toda a pessoa, de qualquer faixa etária, que se encontre com menos capacidade de se defender.

A noção de que a velhice, enquanto última etapa da vida, é a altura mais “natural” para morrer tem sido adquirida pela sociedade contemporânea com o aumento da esperança média de vida, nota-se porém que na realidade, o idoso sofre frequentemente, antes da morte biológica, uma morte instituída pela sociedade (morte social) através de um afastamento progressivo.

Talvez o estereótipo mais enraizado acerca da velhice é o de que a pessoa idosa tem comportamentos conservadores, são incapazes de se adaptar às mudanças e mantém inflexivelmente os seus hábitos de vida. É verdade que as pessoas idosas

quando envelhecem são mais estáveis, mas não recusam totalmente a mudança. Como qualquer grupo etário, em que há pessoas que podem ser mais ou menos flexíveis, nos idosos, estas características também se podem manifestar, sendo sobretudo, o carácter do indivíduo que determina a adaptação às modernidades.

Outro estereótipo associado à velhice incide na incapacidade para aprender, conforme indica o ditado popular: “Burro velho não aprende línguas”. Note-se contudo, como se verificou anteriormente, ao abordar as alterações biológicas inerentes ao processo de envelhecimento, há capacidades cognitivas que são preservadas, como a capacidade de aprendizagem.

Mesmo que este processo seja mais moroso, não pela diminuição desta aptidão, mas por algumas limitações a nível sensorial e da memória, ao contrário do que indica o velho ditado, é possível aprender em qualquer fase da vida (Zimmerman, 2000). Os idosos manifestam, efectivamente, interesse pelo que os rodeia, gostando de se manter actualizados e de enriquecer o seu conhecimento, sendo que, apenas um número reduzido sofre de doença cognitiva incapacitante.

A ideia errónea de que o idoso perde o desejo e o prazer sexual, parece estar relacionada com a falta de informação sobre a sexualidade na velhice, bem como, com alguns acontecimentos, como a viuvez, a dificuldade em fazer novas amizades e as alterações na aparência física.

De acordo com Simões (1990, p.114) “os idosos interessam-se pela vida sexual e mantêm-se sexualmente activos, embora não o manifestem com grande intensidade, pois interiorizam que causariam atitudes negativas nos mais jovens, ou não o fazem devido muitas vezes à falta de um parceiro sexual, por exemplo na viuvez”.

Com o envelhecimento podem, efectivamente, haver dificuldades de desempenho sexual, o homem pode ter maior dificuldade em manter a erecção e a mulher pode apresentar alterações na lubrificação, contudo, o desejo sexual não se altera, até porque, neste momento da vida, com os filhos já criados e as dificuldades superadas, este tende a aumentar.

Mesmo quando incapacitados fisicamente, a sexualidade é vivenciada e percebida pelos idosos, assumindo um sentido mais afectivo, relacional e emocional. Uma sexualidade bem vivida é importante, aumentando a auto-estima, tanto para o homem como para a mulher.

Continua-se também, erroneamente, a confundir velhice com enfermidade, senilidade e dependência, acarretando a necessidade de ajuda nas necessidades quotidianas. É verdade que os idosos estão mais vulneráveis a doenças e à dependência, atendendo ao declínio de capacidades motoras e sensoriais, porém, o

envelhecimento pode ocorrer de forma saudável e independente, mesmo que implique alguma morosidade na realização das tarefas (Berger e Mailloux-Poirier, 1995).

Não existe nenhuma doença que seja característica da idade e a dependência pode surgir em qualquer etapa da vida. Por sua vez, a senilidade, termo pejorativo sem ligação particular ao envelhecimento, descreve os sintomas de uma doença degenerativa do sistema nervoso.

Acerca da ideia de que a pessoa idosa é débil e vulnerável, não devendo por isso praticar exercício físico, importa salientar os benefícios da actividade física para todas as faixas etárias e todos estados funcionais, desde que bem orientada.

É também habitual considerar os idosos como um grupo de pessoas homogêneas, com as mesmas necessidades, o que na realidade não acontece. Segundo Simões (1990, p.109), “os idosos não constituem um grupo homogêneo de indivíduos, cujo perfil possa facilmente descrever-se, com base numa meia dúzia de traços”. Cada indivíduo idoso tem a sua visão do mundo e a sua forma de reacção perante as situações.

Esta ideia emerge devido a algumas alterações comuns ao nível da aparência física (rugas, cabelos brancos e outras), ou por em alguns casos, partilharem os mesmos espaços (lares) e assumirem os mesmos papéis sociais. Sabe-se no entanto, que as mudanças biológicas do envelhecimento ocorrem de maneiras diferentes em cada indivíduo e que as experiências de vida oferecem aos idosos maior disparidade (humor, personalidade, modo de vida e filosofia pessoal), que em outros grupos etários (Berger e Mailloux-Poirier, 1995).

As ideias discriminatórias do aspecto físico da velhice surgem por este não corresponder ao ideal de beleza juvenil socialmente sobrevalorizado. É evidente que com o decorrer do tempo o ser humano vai perdendo a frescura da juventude, esquece-se no entanto, a beleza da idade, reflectida não apenas no ar de sensatez e sabedoria, mas também nas rugas e nos cabelos brancos como marcas do tempo.

A velhice é também, geralmente, relacionada com a pobreza, contudo, esta condição não se deve a características intrínsecas ao envelhecimento, mas a factores sócio-económicos e à ineficiência das políticas de inserção social (Berger e Mailloux-Poirier, 1995).

Para alguns autores, a aproximação à religião, nesta fase da vida, não se deve tanto ao receio perante a morte, mas é uma forma de se sentirem socialmente activos e integrados numa comunidade.

Perante todas estas evidências, surge frequentemente, o argumento da “excepção à regra”, tentando justificar casos excepcionais em que os idosos não se

incluam nas representações socialmente instituídas. Neste âmbito, torna-se fundamental procurar aprofundar conhecimentos sobre o envelhecimento, uma vez que, muitas das representações estão relacionadas com o desconhecimento deste processo, bem como, mentalizar-se de que idoso assume características singulares, que não representam por si, o grupo dos idosos, na medida em que, podem estar presentes em qualquer idade.

A única forma de evitar a “caricaturização” dos idosos na sociedade é olhar a pessoa idosa, simplesmente, como uma pessoa, com direitos e obrigações, com alegrias e angústias, com desejos e frustrações, enfim, exactamente como uma criança, jovem ou adulto, ou seja, como qualquer um ser humano que vive a sua condição existencial à semelhança de qualquer outro (Fonseca, 2006).

A velhice deve ser encarada como mais uma etapa de vida com os seus aspectos positivos e negativos e não como um fim de um processo.

## **1.2. Atitudes que Edificam Representações Sociais Gerontofóbicas**

As atitudes, enquanto dimensão edificante das representações sociais, assumem um papel importante, pela influência que exercem sobre os comportamentos sociais.

Abrunhosa e Leitão (1995), citados por Quaresma (2008), definem as atitudes, como uma disposição mental, ou uma predisposição permanente para reagir de forma positiva ou negativa a um estímulo (ideias, situações, objectos ou pessoas).

As atitudes podem ser moldadas por vários factores, como a cultura e o meio social, normas e valores vigentes, a educação, a idade, a personalidade, as informações reforçadas pelos média, entre outros, consolidando-se assim, ao longo dos anos. Podem ainda, formar-se devido a uma experiência em singular, que ocorre num determinado momento (Berger & Mailloux-Poirier, 1995).

Na perspectiva de Monteiro e Santos (2003), as atitudes revestem-se de três componentes: a *cognitiva* (crenças e informações que aceitamos sobre uma situação, acontecimento, ou conceito); *afectiva* (sentimentos positivos, ou negativos que a pessoa desenvolve, de acordo com o seu sistema de valores); e *comportamental* (reações e comportamentos que a pessoa assume relativamente ao objecto da atitude).

As atitudes face aos idosos podem ser positivas (por exemplo, o respeito, a reciprocidade e a confiança) ou negativas. Berger e Mailloux-Poirier (1995) apontam algumas atitudes negativas que se verificam em todos os níveis sociais (jovens,

profissionais, governantes e outros), como: o Automorfismo social; a Gerontofobia; o Âgisme ou Idadismo; e a Infantilização ou Bebeísmo.

A **Gerontofobia**, como o próprio nome indica, refere-se a uma fobia em relação aos idosos; um “medo irracional de tudo quanto se relaciona com o envelhecimento e com a velhice” (Berger e Mailloux-Poirier, 1995, p.65). Esta atitude leva a um bloqueio afectivo nas relações dos mais jovens com os mais velhos. Manifesta-se por comportamentos desfavoráveis e negativos, pela apatia e indiferença face aos idosos.

O **Idadismo** ou **Âgisme** engloba todo o comportamento discriminatório tendo por base a idade. Uma das causas mais graves associadas ao idadismo, consiste no facto dele suscitar uma atitude negativa que afecta o comportamento dos mais novos em relação aos mais velhos e que pode fazer, com que os próprios idosos olhem para si mesmos, de acordo com uma imagem socialmente generalizada, isto é, como incompetentes e incapazes (Fonseca, 2006).

A **Infantilização** ou **Bebeísmo** é uma outra atitude em relação aos idosos e está relacionada com o facto de as pessoas contemplarem a velhice como uma espécie de “segunda infância”. É uma atitude que se manifesta geralmente pelo tratamento por “tu”, pela utilização de diminutivos na abordagem ao idoso, pela simplificação demasiada das actividades sociais e/ou recreativas e pela organização de programas de actividades, que não correspondem às necessidades dos indivíduos. É ainda comum tratar o idoso com atitudes paternalistas, negando-lhes, assim, a sua qualidade de interlocutores válidos e desrespeitando a sua individualidade.

Esta atitude conduz à dependência, à diminuição da responsabilidade individual dos idosos, à redução do seu estatuto social e contribui para a perpetuação de alguns mitos, preconceitos e estereótipos relacionados com a pessoa idosa.

O **Automorfismo social** refere-se ao não reconhecimento da unicidade dos idosos, tratando-os como um grupo homogéneo (Berger & Mailloux-Poirier, 1995).

De uma forma geral, os idosos são um grupo etário susceptível a atitudes discriminatórias, que predispoem a edificação de representações distorcidas e erradas sobre a velhice e o processo de envelhecimento.

As atitudes que adoptamos perante o idoso também condicionam a forma como este encara a velhice. Se adoptarmos atitudes positivas, fazendo-os sentir competentes, respeitados e cidadãos com plenos direitos, estamos a favorecer a sua auto-estima e integração na sociedade, enquanto as atitudes negativas, podem contribuir para o seu mal-estar, suscitando comportamentos defensivos, de cepticismo e desconfiança, bem como, o sentimento de peso para os outros.

Note-se contudo, que algumas atitudes positivas e gestos afectivos lesam mais

do que confortam, sendo que, algumas frases devem ser banidas, como: “está na hora de dormir”; “o senhor deve estar exausto”; “amanhã eu levo a senhora ao médico à força”; “onde já se viu um homem da sua idade a trabalhar”; “olhe bem antes de atravessar a rua”; “tome o remédio direitinho”; “quantas vezes eu já lhe disse para não sair sem agasalho?”; “a senhora não precisa fazer nada que eu sei fazer tudo sozinha” (Campos, 2011).

Segundo o autor,

*nosso amor pela pessoa velha não deve ser uma opressão (...) Libertemos os velhos da nossa fatigante bondade. Que exagerem, se lhes der vontade, na comida e na bebida, esqueçam de tomar o remédio, fumem, apanhem sol, chuva, sereno. É nas imprudências que ainda encontram o gosto pela vida.*<sup>3</sup>

### **1.3. Impacto das Representações Negativas de Velhice e Envelhecimento**

As representações negativas podem assumir efeitos nefastos: na forma como os **não-idosos** se relacionam com os idosos e encaram a sua futura velhice; na prestação de cuidados e atitudes assumidas pelos **profissionais**; e na forma como os **idosos** encaram a sua situação, pela dificuldade em reconhecer e desenvolver as suas potencialidades.

É de facto importante a imagem que a sociedade tem em relação ao idoso, mas não menos importante é a própria imagem que o idoso tem si (auto-representação) e a forma como percebe a velhice, que é em grande parte determinada, pela atitude que a sociedade assume perante o envelhecimento.

Vive-se numa sociedade em que cada vez mais se valoriza a juventude, a força e a beleza, o que perturba a auto-imagem e auto-estima do idoso, surgindo sentimentos de discriminação e exclusão, por não se enquadrar nesta trilogia.

A sua inadaptação aos padrões ideais da sociedade pode conduzir ao afastamento das actividades sociais; ao total isolamento da comunidade; à ansiedade; à depressão; à institucionalização desnecessária; e contribuir para os maus-tratos aos idosos (Curry & Stone, 1995, citados por Ribeiro, 2007).

A forma como encaramos e nos comportamos, face aos idosos, também assume um papel fundamental na sua funcionalidade, na medida em que, os pode levar a adoptar uma atitude menos activa, quer física, quer mentalmente, assumindo assim, um papel concordante com a perspectiva social.

---

<sup>3</sup> Fonte: <http://portaldoenvelhecimento.org.br/noticias/artigos/cuidado-com-os-velhos.html>

Assim, quando referidos como inteligentes ou competentes, o reforço positivo estimula a manutenção da independência; do mesmo modo que, recair em representações negativas sobre o envelhecimento, visionando-os como senis, dependentes ou frágeis, pode limitar as suas capacidades funcionais, pela redução do sentimento de auto-eficácia (Hausdorff, 1999, citado por Ribeiro, 2007).

As imagens de orientação negativa podem causar enorme perturbação nos idosos, impedindo-os de reconhecer as suas potencialidades e de procurar soluções precisas para os seus problemas. Neste contexto, surgem sentimentos de insegurança, inutilidade, solidão, medo, baixa auto-estima e ausência de expectativas.

A pressão social acerca da sexualidade na velhice, pode também suscitar sentimentos de vergonha e culpa, representando uma contradição, entre o que é esperado do idoso pela sociedade e aquilo que ele realmente necessita e deseja. Em última instância, o idoso pode mesmo renunciar e ocultar a sua sexualidade para não se sentir discriminado (Custódio, 2008).

Compete assim, à sociedade e especialmente a cada um de nós, alterar as representações negativas sobre a velhice e envelhecimento, na medida em que, estas influem negativamente nas imagens que os idosos têm de si próprios, no seu status social, bem como, nas condições e circunstâncias que envolvem a velhice.

Os profissionais, enquanto membros de uma sociedade, são igualmente influenciados pelas representações, valores e imagens dominantes. Sendo assim, a imagem que o profissional interioriza da pessoa idosa é idêntica àquela que a sociedade tem, associada a uma cultura profissional.

Este tipo de percepções pode interferir, a nível profissional, na motivação para o trabalho; na expectativa de resultados e eficácia, determinantes para o estabelecimento de metas, na disposição para empreender esforços e na persistência.

As representações negativas acerca das pessoas idosas, podem conduzir os profissionais a um conjunto de práticas e comportamentos como: não acreditarem que as suas acções, ou cuidados no âmbito da saúde, vão ter sucesso; não atribuir importância à capacidade de decisão do idoso sobre a própria vida; atribuir pouca atenção às necessidades que estes vivenciam; subvalorizar as queixas, o que amplia a probabilidade de se desenvolverem complicações; não reconhecer a individualidade/unicidade dos idosos; considerar menos importante a educação para a saúde nesta fase da vida; associar sintomas de doença (como demência) ao processo de envelhecimento normal; e desenvolver actividades em rotinas inflexíveis.

Os efeitos destas representações verificam-se igualmente, na comunicação estabelecida com o idoso, sendo comum a utilização de uma linguagem infantilizada,

pelos profissionais, ou ainda, na realização das actividades pelo idoso, sem dar oportunidade para que este as concretize sozinho, dada a sua morosidade, o que reforça comportamentos de dependência por parte dos idosos e impede o envelhecimento activo.

As representações também assumem particular importância na direcção das políticas sociais, podendo tornar-se inevitavelmente impeditivas da procura de soluções, da adopção de medidas e comportamentos adequados face aos idosos.

Na perspectiva de Berger e Mailloux-Poirier (1995), o papel daqueles que prestam cuidados gerontológicos é também desvalorizado socialmente e muitas vezes, considerado de segunda categoria.

Atendendo ao actual envelhecimento demográfico, justifica-se mais que nunca, a constituição de profissionais familiarizados com as peculiaridades do envelhecimento, garantindo ao idoso cuidados especializados e individualizados, propiciadores de bem-estar e qualidade de vida.

Aprofundar conhecimentos sobre o processo de envelhecimento é fundamental para desmistificar preconceitos e combater as representações negativas de que a população idosa é alvo. Torna-se assim, imprescindível proporcionar formação e uma preparação técnica adequada, promovendo um conjunto de valores, que consolidem a construção social e profissional.

Urge investir na alteração de mentalidades, pedra basilar, na edificação de novas condutas perante a pessoa idosa.

## **PARTE II**

### **INVESTIGAÇÃO EMPIRICA**

## CAPÍTULO V

### TEMÁTICA EM ESTUDO E METODOLOGIA

Neste capítulo será exposto o tipo de estudo efectuado, os objectivos, a população alvo, as técnicas de amostragem, o método de recolha e tratamento de dados.

#### 1. Finalidade do Estudo

Perante o actual envelhecimento demográfico é essencial estruturar um leque variado de respostas e serviços, que primem pela qualidade e eficácia, garantindo a esta camada cada vez mais significativa da população, bem-estar e qualidade de vida.

Este estudo procura ir ao encontro desta preocupação, pretendendo identificar as imagens que os profissionais a intervir com a população idosa (Enfermeiros, Assistentes Sociais e Ajudantes Domiciliárias) detêm sobre a velhice e o envelhecimento, na medida em que, estas poderão influenciar o seu desempenho.

Ambiciona-se assim, que o presente estudo possa constituir algum contributo:

- Na identificação de necessidades, de formação no âmbito do envelhecimento; de definição de boas práticas; organização de metodologias e implementação de medidas;
- Na optimização e adequação da actuação profissional; melhoria e eficiência da prestação de cuidados à população idosa;
- Na mudança de mentalidades e alteração da imagem social do idoso.

#### 2. Objectivos

Segundo Guerra (2002), os objectivos definem as intenções inerentes à investigação e quais serão as linhas de acção.

O objectivo geral deste estudo é **conhecer as representações de velhice e envelhecimento, dos profissionais que trabalham com idosos**, designadamente, dos Enfermeiros, Assistentes Sociais e Ajudantes Domiciliárias.

Em termos específicos, esta investigação procurou alcançar os seguintes objectivos:

- Identificar as palavras mais e menos associadas ao envelhecimento, bem como, as imagens de velhice que prevalecem nos diferentes grupos profissionais em estudo (Assistentes Sociais, Enfermeiros e Ajudantes Domiciliárias).

- Comparar as palavras relacionadas com o envelhecimento e imagens de velhice dominantes nos três grupos profissionais.

- Analisar como as palavras mais e menos associadas ao envelhecimento, bem como, as imagens de velhice variam de acordo com as variáveis: profissão, sexo, idade, escolaridade, anos de experiência de trabalho com idosos; contexto de actividade profissional (em meio rural ou urbano).

### **3. Questões de Investigação**

Num processo de investigação, torna-se imperativa a definição de uma linha de orientação que permita estruturar a dinâmica e a organização do estudo.

Neste domínio, a formulação de questões de investigação, assume um papel fulcral, pois revela-se um mecanismo essencial na clarificação e identificação dos resultados que se pretendam inferir com a investigação (Quivy e Campenhoudt, 2003).

Neste sentido, definiu-se as seguintes questões de investigação, que orientaram o estudo:

Q1. Quais são as representações de envelhecimento e velhice, prevalecentes em cada grupo profissional?

Q2. As palavras associadas ao envelhecimento, bem como, as imagens sobre a velhice, são diferentes conforme a profissão, o sexo, a idade, a escolaridade, os anos de experiência de trabalho com idosos e o contexto da actividade profissional (em meio rural/urbano)?

### **4. Opções Metodológicas**

#### **4.1. Tipo de Estudo**

À realização da presente investigação esteve subjacente uma abordagem quantitativa, do tipo *Descritiva*, com recurso à análise *Correlacional e Comparativa*.

Na opinião de Polit e Hungler (2004), a **investigação quantitativa** é um processo formal, objectivo e sistemático, no qual são utilizados dados numéricos, para obter informação sobre a realidade, descrever variáveis e determinar relações entre variáveis.

O objectivo primordial das pesquisas do **tipo descritivo** é a descrição das características de um determinado fenómeno. “São incluídas neste grupo as pesquisas que têm por objectivo levantar as opiniões, atitudes e crenças de uma população. (...) As pesquisas descritivas são, juntamente com as exploratórias, as que habitualmente realizam os pesquisadores sociais preocupados com a actuação prática” (Gil, 2006, pp. 45, 46).

O método de **análise correlacional**, procura entender a relação entre as variáveis, enquanto o método de **análise comparativa**, visa compreender, através de testes de comparação, se as variáveis variam entre dois ou mais grupos de indivíduos.

Neste contexto, através da análise descritiva, procurou-se identificar as imagens, enquanto dimensão edificante das representações sociais, que os diferentes profissionais possuem sobre a velhice e as palavras mais e menos associadas ao envelhecimento, aplicando para o efeito, a *Escala de Imagens da Velhice “ImAges”* (de Sousa, Cerqueira & Galante, 2002) e um *Teste de Associação Livre de Palavras*, a partir da palavra estímulo – envelhecimento.

Através da análise correlacional, procurou-se identificar a existência de relação entre as variáveis dependentes: palavras mais e menos associadas ao envelhecimento e imagens de velhice e as variáveis independentes: idade, profissão, sexo, escolaridade, profissão, anos de experiência de trabalho com idosos e contexto da actividade profissional.

Procurou-se ainda comparar, através da análise comparativa, as imagens de velhice e palavras mais e menos associados ao envelhecimento nos três grupos profissionais.

O tipo de investigação pode também ser definido de acordo com a **finalidade**, que poderá ser pura/básica ou aplicada/tecnológica (Polit e Hungler, 2004). Neste sentido, utilizou-se o tipo de investigação aplicada/tecnológica, que visa produzir saberes para posteriormente serem aplicados na prática de forma a resolver problemas em particular (verdades e interesses locais). Este tipo de investigação tem como objectivo alcançar conhecimentos sobre um determinado problema prático.

No que concerne à **temporalidade** da investigação, seleccionou-se o tipo de investigação transversal/sincrónica que se caracteriza pela realização do estudo num determinado momento.

## **4.2. Variáveis em Estudo**

Segundo Fortin (2003, p.36), “as variáveis são qualidades, propriedades, ou características de objectos, pessoas ou situações que são estudadas numa investigação”.

No que concerne à sua utilização na investigação, utilizou-se como **variáveis dependentes** (comportamento que se deseja explicar ou variáveis que o investigador está interessado em medir, para saber até que ponto diferem, de acordo com as diferentes características dos sujeitos): as palavras mais e menos associadas, pelos profissionais ao termo envelhecimento, no *Teste de Associação Livre de Palavras* e as imagens sobre a velhice, medidas através da *Escala de Imagens da Velhice “ImAges”* (de Sousa, Cerqueira & Galante, 2002).

Efectuou-se o cruzamento dos dados obtidos com as seguintes **variáveis independentes** (causas ou condições que influenciam as variáveis dependentes): idade, sexo, escolaridade, profissão, anos de experiência de trabalho com idosos e contexto da actividade profissional (em meio rural ou urbano).

## **4.3. Instrumento de Colheita de Dados**

A realização de um estudo implica a selecção dos instrumentos, a partir dos quais são recolhidos os dados. Existem vários métodos de colheita de dados dependendo do tipo de investigação que se pretende efectuar. Neste domínio, o instrumento de colheita de dados utilizado na presente investigação foi o inquérito por questionário.

Trata-se de um método de colheita de dados que traduz os objectivos de determinado estudo, com variáveis passíveis de análise quantitativa, incorporadas numa sequência de perguntas ou interrogações escritas que se dirigem a um conjunto de indivíduos, visando a recolha de informações factuais sobre os próprios ou o seu meio (Fortin, 2003).

Este instrumento facilita a recolha de informações perante um elevado número de indivíduos, na medida em que, pode ser aplicado com ou sem a presença do investigador, havendo assim, menor possibilidade de interferência de factores externos, como as opiniões e crenças do investigador.

O instrumento aplicado é composto por três partes distintas: <sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> Vide Instrumentos de Colheita de Dados no Anexo I.

## I. Questionário

O questionário foi especificamente elaborado pela autora desta dissertação, sendo constituído por *variáveis sócio-demográficas e profissionais*. Procurou-se a recolha de dados que facultassem a caracterização dos participantes relativamente à idade, sexo, escolaridade, profissão, anos de experiência de trabalho com idosos e contexto da actividade profissional (rural ou urbano).

## II. Teste de Associação de Palavras

Esta técnica desenvolvida por Carl Gustav Jung, em 1905, para diagnóstico psiquiátrico, estrutura-se na evocação de respostas, com base em um ou mais estímulo(s) indutor(es). Permite colocar em evidência universos semânticos de palavras que agrupam determinadas populações. Aplicou-se assim, um pequeno Teste de Associação de Palavras, a partir da palavra - estímulo: Envelhecimento, em que, com base num grupo delimitado de palavras (tabela1), os participantes deveriam identificar as que, para si, mais e menos se relacionam com o envelhecimento.

O grupo de palavras seleccionado foi apurado a partir da revisão bibliográfica, com base em diversos estudos sobre as imagens e representações sociais de velhice e reflectem dimensões biológicas, psicológicas e sociais, positivas e negativas do envelhecimento.

**Tabela 1.** Teste de Associação de Palavras - Lista de Palavras

ENVELHECIMENTO			
	Dimensão Biológica	Dimensão Psicológica	Dimensão Social
POSITIVO	Saúde Capacidade Sexo	Sabedoria Experiência	Trabalho Utilidade Actividade Família Amigos Aposentação Tempo livre
NEGATIVO	Declínio Doença Dependência Incapacidade Limitação Morte	Tristeza	Solidão

### **III. Escala de Imagens da Velhice “ImAges”**

Esta escala, desenvolvida para a população Portuguesa, por Sousa, Cerqueira & Galante (2002) é constituída por 32 proposições, relacionadas com as imagens sobre a velhice (de conteúdo positivo e negativo), em que os inquiridos deveriam situar o seu grau de concordância com as afirmações, numa escala do tipo de Likert, com cinco categorias: 1 = discordo totalmente; 2 = discordo; 3 = indeciso; 4 = concordo; 5 = concordo totalmente.

Dado o número de variáveis implicadas e relativa complexidade, os 32 itens da escala foram submetidos, pelas autoras, a um agrupamento de dados, visando uma análise factorial.

A análise factorial estuda os inter-relacionamentos entre as variáveis, num esforço para encontrar um conjunto de factores (em menor número que o conjunto de variáveis originais) que exprima o que as variáveis originais partilham em comum. Quando empregamos este tipo de análise estamos frequentemente interessados no comportamento de uma variável ou grupos de variáveis em correlação com outras.

Emergiram assim, quatro factores/dimensões (tabela 2), que englobam um conjunto de conteúdos ou características de índole afectiva, social, cognitiva e física:

- **Factor 1 (dependência, tristeza e antiquado)** – abrange os itens relacionados com doença, perda de capacidades físicas, dependência, tristeza, solidão e viver de recordações.
- **Factor 2 (incompetência relacional e cognitiva)** – inclui os itens que aludem a diminuição do desempenho a nível cognitivo e comportamentos sociais desajustados.
- **Factor 3 (maturidade, actividade e afectividade)** – envolve os itens que identificam a velhice como uma fase de maturidade e a pessoa velha como activa e carinhosa.
- **Factor 4 (inutilidade)** – engloba os itens que caracterizam a pessoa velha como já não tendo contributo a dar.

**Tabela 2A.** Factores e Itens da Escala ImAge

<b>Factor 1. Dependência, tristeza e antiquado</b>	
4	A velhice é uma fase da vida especialmente difícil (aproximação da morte, doenças, solidão, ...)
3	Uma pessoa velha é triste e amargurada
6	Uma pessoa velha vive das suas recordações (repete sempre as histórias do passado)
7	Uma pessoa velha sente muitas dores físicas
8	Uma pessoa velha geralmente é pobre
12	Uma pessoa velha é doente (tem pouca saúde física e psicológica)
13	A velhice é uma segunda infância
16	Uma pessoa velha tem pouca criatividade
18	Uma pessoa velha não domina as novas tecnologias
19	A velhice é a fase da deterioração das capacidades físicas
21	Uma pessoa velha precisa de muito descanso
22	Uma pessoa velha precisa que tenham paciência com ela
23	Uma pessoa velha já deu o seu contributo (bom ou mau) ao mundo
30	Uma pessoa velha é dependente e por isso precisa da ajuda dos outros
<b>Factor 2. Incompetência relacional e cognitiva</b>	
1	Uma pessoa velha não cuida do seu aspecto físico
5	Uma pessoa velha tem menos responsabilidades e obrigações
9	Uma pessoa velha tem um discurso incoerente
10	Uma pessoa velha não admite os seus erros
11	Uma pessoa velha sente menos as emoções (alegria, tristeza, ansiedade, amor...)
14	Uma pessoa velha não reconhece que precisa de ajuda
15	Uma pessoa velha é egoísta
31	Uma pessoa velha é aborrecida, rabugenta, teimosa
<b>Factor 3. Maturidade, actividade e afectividade</b>	
24	Uma pessoa velha sente-se bonita
26	Uma pessoa velha tem vontade de viver
27	A velhice é uma fase da vida especialmente boa (mais maturidade, tempo para desfrutar a alegria e a felicidade)
28	Uma pessoa velha é uma pessoa amorosa e carinhosa
29	Uma pessoa velha continua a ter uma vida normal
32	Uma pessoa velha é activa e esforça-se por assim continuar

**Tabela 2B.** Factores e Itens da Escala ImAge (continuação)

Factor 4. Inutilidade	
2	A velhice pode ser boa ou má, dependendo dos que nos rodeiam (amigos, família)
17	As pessoas velhas são todas iguais
20	Uma pessoa velha tem conhecimentos que já não interessam aos outros
25	Uma pessoa velha é inútil, parada e preguiçosa

Note-se que, no referido instrumento, não existe um *Score total* em que os resultados obtidos, podem ser alcançados calculando a soma ou média das respostas nos diferentes itens do questionário.

Nos factores 1, 2 e 4 - uma maior pontuação obtida, na escala de likert, traduz uma imagem mais negativa.

No factor 3 – uma maior pontuação traduz uma imagem mais positiva.

Na perspectiva de Fortin (2003), a **fidelidade** e a **validade** são características essenciais que determinam a qualidade de qualquer instrumento de medida.

A escala de imagens da velhice encontra-se validada para a população Portuguesa, demonstrando que os conceitos em estudo são devidamente representados pelos enunciados do instrumento.

A fidelidade designa a precisão com que os instrumentos fornecem resultados comparáveis em situações comparáveis. Procurou-se assim, estimar a fidelidade da escala, através da análise da sua consistência interna, que corresponde à homogeneidade dos enunciados de um instrumento de medida. Neste contexto, quanto mais os enunciados estão correlacionados, maior é a consistência interna do instrumento.

Para avaliar a consistência interna da escala foi calculado o coeficiente Alpha de Cronbach ( $\alpha$ ). Este coeficiente permite estimar até que ponto cada enunciado da escala mede de forma equivalente o mesmo conceito e, os seus valores podem variar entre 0 e 1, sendo que, quanto mais elevado o coeficiente mais consistente é a escala.

De acordo com Pestana e Gageiro (2005), este procedimento estatístico é indicado para escalas do tipo Likert. Para estes autores, valores superiores a 0,90 revelam uma alta consistência interna, valores compreendidos entre 0,80 e 0,90 sugerem boa consistência interna e resultados compreendidos entre 0,70 e 0,80 indicam uma razoável consistência interna, sendo, no entanto, aceite valores superiores a 0,60 se a escala tiver um número reduzido de itens.

Assim, os resultados apresentados no quadro 2, permitem afirmar que as dimensões: “dependência, tristeza e antiquado” ( $\alpha = 0.76$ ); “incompetência relacional e cognitiva” ( $\alpha = 0.73$ ); e “maturidade, actividade e afectividade” ( $\alpha = 0.76$ ), evidenciaram uma razoável consistência interna e que a dimensão “inutilidade” apresentou uma consistência interna aceitável ( $\alpha = 0,63$ ), atendendo que é uma dimensão constituída por um número diminuto de itens.

**Quadro 2.** Resultados do estudo da consistência interna da escala de imagens da velhice

<b>Dimensão</b>	<b>N.º itens</b>	<b><math>\alpha</math></b>
<b>Dependência, tristeza e antiquado</b>	14	0.76
<b>Incompetência relacional e cognitiva</b>	8	0.73
<b>Maturidade, actividade e afectividade</b>	6	0.76
<b>Inutilidade</b>	4	0.63

#### **4.4. População e Amostra**

Toda a investigação abrange um Universo ou População, que se caracteriza por um conjunto de elementos constituintes de um todo, que partilham características comuns. Neste contexto, a população em estudo, são os profissionais das áreas de Serviço Social, Enfermagem e Ajuda Domiciliária, que intervêm com a população idosa, nas seguintes condições:

- Enfermeiros a exercer funções no Centro de Saúde de Santo António (contexto urbano) e Centro de Saúde de São Vicente (contexto rural);

- Ajudantes Domiciliárias a desempenhar actividade pelo Centro de Segurança Social da Madeira e Centro Social e Paroquial de São Bento (nas freguesias de Santo António e São Vicente), no âmbito de acordos de cooperação estabelecidos entre ambas as entidades;

- Assistentes Sociais a exercer actividade pelo Centro de Segurança Social da Madeira e Centro Social e Paroquial de São Bento (nos concelhos do Funchal e da zona Oeste da RAM), no âmbito de acordos de cooperação estabelecidos entre ambas as entidades.

Note-se que, após análise da distribuição dos profissionais de Serviço Social na RAM, não foi possível abranger apenas estes profissionais nas freguesias em estudo

(Santo António e São Vicente), uma vez que, o seu número diminuto inviabilizaria a investigação. Alargou-se assim a área geográfica de abrangência, envolvendo os profissionais de Serviço Social, a intervir com a população idosa (do CSSM e CSPSB), nos seguintes concelhos: Funchal e concelhos da zona Oeste da RAM (Câmara de Lobos, Ribeira Brava, Ponta do Sol, Calheta, São Vicente e Porto Moniz).

O quadro 3 sintetiza a população em estudo.

**Quadro 3.** Caracterização da População

<b>POPULAÇÃO</b>				
<b>Grupo Profissional</b>	<b>Local em Estudo</b>	<b>Serviços / Áreas de Intervenção</b>	<b>N.º</b>	<b>N.º Total</b>
<b>Enfermeiros</b>	Centro de Saúde de São Vicente	Centro de Saúde	15	42
		Urgência	6	
		Internamento	6	
		RRCCI	15	
	Centro de Saúde de Santo António	Centro de Saúde	27	36
		RRCCI	9	
<b>TOTAL</b>			<b>78</b>	
<b>Assistentes Sociais</b>	Zona Oeste	CSSM (Promoção de Acção Social)	24	31
		CSPSB (SAD e RRCCI)	7	
	Funchal	CSSM (Promoção de Acção Social)	10	24
		CSSM (DAI)	5	
		CSSM (DAD)	9	
	<b>TOTAL</b>			<b>55</b>
<b>Ajudantes Domiciliárias</b>	São Vicente	CSSM (SAD)	25	32
		CSPSB (RRCCI)	7	
	Santo António	CSSM (SAD)	38	45
		CSPSB (RRCCI)	7	
	<b>TOTAL</b>			<b>77</b>
<b>TOTAL DA POPULAÇÃO</b>				<b>210</b>

Na investigação é frequente seleccionar-se um subconjunto da população (amostra), sobre o qual irá incidir o estudo em causa e por meio do qual se estabelecem, ou se estimam, as características dessa população.

A amostragem é o processo pelo qual um conjunto de elementos de um grupo ou população é seleccionado, com vista a obter informações sobre toda a população, relacionadas com o tipo de investigação a realizar (Fortin, 2003).

Entre os diversos tipos de amostragem, utilizou-se a *amostragem não probabilística por conveniência*.

No tipo de amostragem não probabilística, nem todos os sujeitos da população têm igual probabilidade de integrar a amostra.

A amostragem por conveniência ocorre quando a participação é voluntária, sendo formada por sujeitos facilmente acessíveis, por estarem presentes num determinado local e momento. Apesar deste processo amostral não garantir a generalização dos resultados, esta pode ser usada com êxito em situações nas quais seja mais importante captar ideias gerais e identificar aspectos críticos, do que a objectividade científica (Coutinho, 2011).

Neste sentido, seleccionou-se por conveniência, profissionais de Enfermagem, de Serviço Social e Ajuda Domiciliária dos serviços em estudo.

Note-se, que os sujeitos foram incluídos na amostra, pelos responsáveis das instituições visadas, de forma casual até a amostra atingir o tamanho desejado. Os profissionais a integrar a amostra teriam de reunir os seguintes critérios:

- Desempenhar funções nos locais e serviços em estudo;
- Exercer funções nas áreas de Serviço Social, Enfermagem e Ajuda Domiciliária;
- Intervir com a população idosa.

Atendendo ao n.º total da população (210 profissionais), estabelecendo-se um grau de confiança de 90% (desvio padrão de 1,64) e um erro amostral máximo de 5%, para a amostra ser representativa da população, deverá possuir uma dimensão total de 119 profissionais.

Pretendendo-se obter um equilíbrio entre as diferentes profissões, que favorecesse a comparação das imagens de velhice e das palavras mais e menos associadas ao envelhecimento nos três grupos profissionais, os instrumentos foram assim aplicados a 120 profissionais, divididos equitativamente em três amostras de acordo com as profissões em estudo (quadro 4).

**Quadro 4.** Caracterização da Amostra.

DIMENSÃO TOTAL DA AMOSTRA: 120 Profissionais			Contexto da actividade
<b>AMOSTRAS</b>	40 Enfermeiros	20 Enfermeiros do Centro de Saúde de São Vicente;	Rural
		20 Enfermeiros do Centro de Saúde de Santo António (Funchal);	Urbano
	40 Assistentes Sociais	20 Assistentes Sociais a exercer actividade na Zona Oeste (pelo Centro de Segurança Social da Madeira e Centro Social e Paroquial de São Bento)	Rural
		20 Assistentes Sociais a exercer actividade no CSSM, no concelho do Funchal	Urbano
	40 Ajudantes Domiciliárias	20 Ajudantes Domiciliárias a exercer actividade no concelho de São Vicente (pelo CSSM e Centro Social e Paroquial de São Bento)	Rural
		20 Ajudantes Domiciliárias a exercer actividade em Santo António (pelo CSSM e C PSPS).	Urbano

No que concerne ao contexto da actividade profissional, importa referir os critérios utilizados na distinção de meio rural ou urbano.

Por norma, ao urbano associa-se um conjunto de características, como a densa ocupação humana, o elevado índice de construção, uma intensa afluência de trânsito, uma grande concentração de actividades económicas, de equipamentos sociais e culturais.

Não existe porém, um conceito universal de urbano, pois os critérios utilizados variam de país para país e têm sofrido algumas alterações ao longo dos tempos.

Entre os diversos critérios geralmente utilizados destacam-se: o demográfico (densidade populacional ou número de habitantes), o funcional (distribuição da população activa por sectores de actividade); e o agrícola (utilização dos solos e indicadores de natureza económica).

Na distinção de rural e urbano, utilizou-se, no presente estudo, o critério da densidade populacional.

De acordo com o INE (2001), podem ser consideradas:

- Freguesias urbanas, as que possuam uma densidade populacional superior a 500 hab./km<sup>2</sup>;
- Freguesias semi-urbanas, as não urbanas, que possuam densidade populacional superior a 100 hab./Km<sup>2</sup> e inferior ou igual a 500 hab./Km<sup>2</sup>;
- Freguesias rurais, as restantes.

Assim e tendo por base os dados estatísticos dos Censos de 2001,<sup>5</sup> em que a freguesia de São Vicente (pertencente ao concelho de São Vicente), revelava uma densidade populacional de 76,3 hab./km<sup>2</sup> e a freguesia de Santo António (pertencente ao concelho do Funchal), uma densidade populacional de 1.007hab./km<sup>2</sup>, a primeira foi classificada como meio rural e a segunda como meio urbano.

Constituem uma excepção, os critérios utilizados no caso dos Assistentes Sociais, em que o concelho do Funchal foi considerado urbano (capital de distrito) e os concelhos da zona Oeste, meio rural.

As figuras 1, 2 e 3, situam o contexto geográfico em estudo na RAM.

**Figura 1.** Localização dos Concelhos de São Vicente e Funchal na RAM



**Figura 2.** Localização da Freguesia de Santo António



---

<sup>5</sup> Fonte: Direcção Regional de Estatística da Madeira (<http://estatistica.gov-madeira.pt>).



Não foi realizado pré-teste (“preenchimento do questionário por uma pequena amostra que reflecta a diversidade da população visada (...), a fim de verificar se as questões podem ser bem compreendidas”), uma vez que, a escala em utilização se encontra validada para a população Portuguesa (Fortin, 2003, p. 253).

Os instrumentos foram, deste modo, auto-preenchidos pelos profissionais e posteriormente guardados em envelope fechado, fornecido conjuntamente, visando salvaguardar a confidencialidade.

A recolha de dados ocorreu durante 2 meses (Abril e Maio de 2011).

Procedeu-se posteriormente, ao tratamento estatístico, à análise e discussão dos resultados.

#### **4.6. Considerações Éticas**

Segundo Fortin (2003), na prossecução da investigação científica, o investigador depara-se com exigências éticas e morais que impõem limites e orientam a metodologia da investigação. Neste contexto, qualquer investigador tem a responsabilidade de fazer uma avaliação da aceitabilidade ética do seu estudo, desde os conceitos a estudar e os métodos a utilizar, à recolha e divulgação de dados, de modo a garantir os direitos daqueles que participam voluntariamente na sua investigação.

Neste contexto, respeitando o código de Nuremberga (citado por Fortin, 2003), forneceu-se aos inquiridos, aquando da aplicação dos questionários, um documento de informação sobre os objectivos e finalidade da investigação, bem como, sobre os riscos e benefícios da sua participação no estudo (Documento de Informação ao Sujeito), obtendo o seu consentimento escrito, livre e esclarecido (Termo de Consentimento Informado).

Entende-se por consentimento informado livre e esclarecido<sup>7</sup>, aquele que é dado, sem que “nenhuma ameaça, promessa ou pressão seja exercida sobre a pessoa, estando na posse das suas faculdades mentais” (Fortin, 2003, p.120).

Procurou-se assim, respeitar os seguintes princípios éticos:

- O **direito à autodeterminação** – Os profissionais foram convidados a participar no estudo de forma voluntária, pelos responsáveis das instituições abrangidas, sendo-lhes explicado todos os aspectos relativos ao estudo, verbalmente e através do documento de informação ao sujeito.

---

<sup>7</sup> Vide Documento de Informação ao Sujeito e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido no Anexo I.

- O **direito a um tratamento justo e equitativo** – Os participantes foram informados sobre a natureza, o fim e a duração da investigação, assim como, os métodos utilizados no estudo. Foi-lhes conferido um tratamento equitativo, desde a sua selecção até ao tratamento de dados.

- O **direito à intimidade** – Os profissionais escolheram o local onde preencher os instrumentos, encerrando-os posteriormente num envelope.

- O **direito ao anonimato e à confidencialidade** – Garantiu-se aos sujeitos o anonimato, sendo que, em parte alguma dos instrumentos existe dados que os possam identificar. A comunicação e a divulgação dos resultados serão realizadas de modo que, nenhum participante possa ser identificado.

#### **4.7. Limites da Investigação**

O carácter metodológico desta pesquisa não permite extrapolações dos resultados obtidos, uma vez que, as conclusões só poderão ser validadas para os sujeitos em estudo. No entanto, os dados obtidos proporcionarão a reflexão sobre as representações gerontofóbicas que podem afectar o cuidar, identificando as imagens que os profissionais em estudo possuem sobre a velhice e o processo de envelhecimento, perspectivando a intervenção ao nível das práticas e a adequação das condutas perante a pessoa idosa.

Os resultados poderão ainda constituir pontos de partida para outros estudos.

#### **4.8. Tratamento de Dados**

Os dados colhidos foram tratados informaticamente, recorrendo ao programa de tratamento estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Science*), na versão 19.0 de 2011.

Para sistematizar a informação fornecida pelos dados, foram aplicadas técnicas da estatística descritiva, que visam sumariar e descrever os atributos mais proeminentes dos dados e da estatística inferencial, com o intuito de analisar a existência de relações entre as diferentes variáveis.

Relativamente à **estatística descritiva** foram utilizadas, frequências absolutas e relativas; medidas de tendência central; e medidas de dispersão ou variabilidade.

Como evidenciaram os resultados da aplicação do teste Kolmogorov-Smirnov todas as dimensões da escala de imagens da velhice apresentavam distribuições não normais ( $p < 0.05$ ) - quadro 5. Atendendo que esta é uma das condições

indispensáveis para aplicação de técnicas paramétricas e dado que isso não se verifica, optou-se por utilizar na **estatística inferencial**, testes não paramétricos. Esta opção justifica-se também, pela natureza qualitativa das restantes variáveis.

Foram assim utilizados os seguintes testes de hipóteses: teste Kolmogorov-Smirnov (como teste de normalidade); teste U de Mann-Whitney; teste Kruskal-Wallis; teste da significância de um coeficiente de correlação de Spearman, teste do Qui-quadrado (como teste de diferença de proporções).

Em todos os testes fixou-se o valor 0.050 como valor máximo da probabilidade do erro tipo I, ou seja, como valor abaixo do qual se considerou que as relações ou diferenças em estudo eram estatisticamente significativas.

Foram ainda utilizados os coeficientes de correlação de Spearman e o Alpha de Cronbach.

**Quadro 5.** Teste da normalidade da distribuição de resultados da Escala de Imagens da Velhice

<b>Dimensão</b>	<b>p</b>
<b>Dependência, tristeza e antiquado</b>	0.026
<b>Incompetência relacional e cognitiva</b>	<0.001
<b>Maturidade, actividade e afectividade</b>	0.022
<b>Inutilidade</b>	<0.001

## **CAPÍTULO VI**

### **ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS**

Neste capítulo procedeu-se à análise e apresentação descritiva dos dados e resultados obtidos, pela aplicação dos instrumentos de colheita de dados e técnicas estatísticas, concluindo-se com as técnicas inferenciais que visam dar resposta às questões de investigação formuladas.

#### **1. Caracterização Geral da Amostra**

Os resultados apresentados no quadro 6 e ilustrados no gráfico 1, permitem aferir que os inquiridos apresentavam idades compreendidas entre 24 e 62 anos, sendo a idade média de 37.98 anos, com desvio padrão de 9.80 anos (variabilidade dos valores à volta da média). Verificou-se ainda, que 34.1% dos elementos da amostra tinham idades compreendidas entre 30 e 40 anos, seguidos de 30.0% que pertenciam ao grupo etário dos 40 e 45 anos e de 24.2% cujas idades se situavam abaixo dos 30 anos. Metade dos elementos da amostra tinha, no máximo, 36.00 anos (mediana), o que significa, que 50% das pessoas têm uma idade igual ou maior que 36.

Como é possível constatar no quadro 6, a maioria dos inquiridos (91.7%), era do sexo feminino. A ocorrência deste fenómeno confirma o facto das profissões de Serviço Social e Ajuda Domiciliária serem predominantemente exercidas por indivíduos do sexo feminino.

Verifica-se que a maioria dos elementos da amostra em estudo (66.7%) possuía uma licenciatura (quadro 6 e gráfico 2). Esta circunstância deve-se a duas das profissões seleccionadas para o estudo, exigirem formação superior.

Relativamente à profissão, a amostra foi intencionalmente dividida, de forma equitativa (33.3%) pelas três profissões: Assistentes Sociais, Enfermeiros e Ajudantes Domiciliárias (quadro 6).

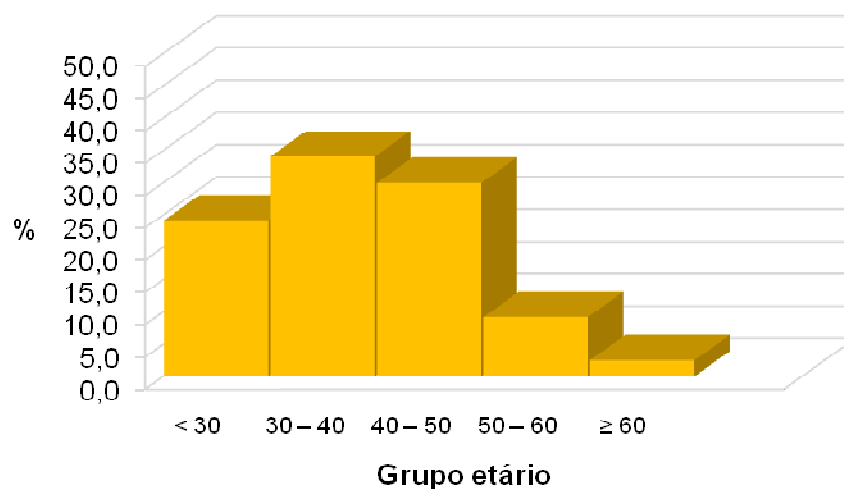
Ao nível do contexto de desempenho profissional (quadro 6), verifica-se que os inquiridos se distribuíam, também intencionalmente, de modo equitativo pelos meios rural e urbano (50%).

Quanto ao tempo de trabalho na área da velhice, verifica-se (quadro 6 e gráfico 3) que os inquiridos referiram valores compreendidos entre 1 e 33 anos, sendo o tempo médio de 9.67 anos, com desvio padrão de 7.92 anos. Verifica-se também, que a maioria dos elementos da amostra (33.6%), trabalhavam na área da velhice há menos de 5 anos, seguidos de 27.8% que referiram tempos entre 5 e 10 anos e de 14.3% cujos tempos estavam compreendidos entre 20 e 25 anos. Metade dos elementos da amostra referiu tempos iguais ou inferiores a 7.00 anos (mediana).

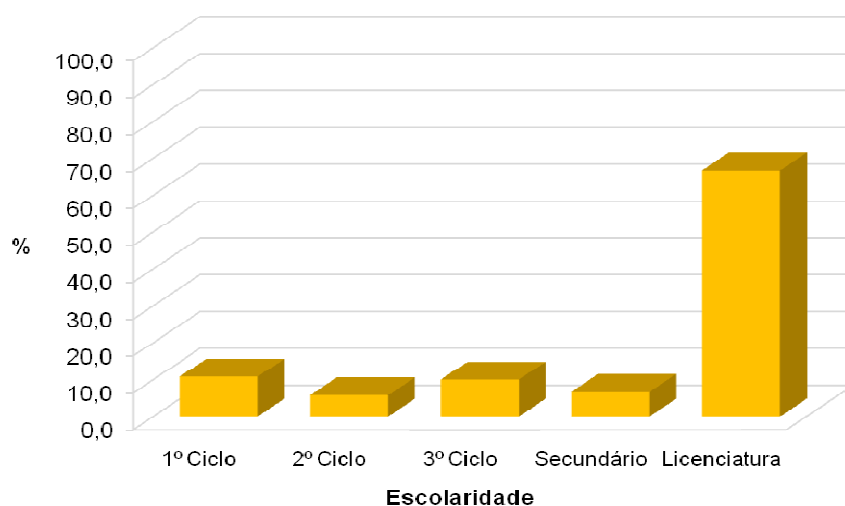
**Quadro 6.** Inquiridos segundo as características sócio-demográficas

Variável	n	%
<b>Grupo etário</b>		
< 30	29	24.2
30 – 40	41	<b>34.1</b>
40 – 50	36	30.0
50 – 60	11	9.2
≥ 60	3	2.5
$\bar{x} = 37.98$ $Md = 36.00$ $s = 9.80$ $x_{\min} = 24.00$ $x_{\max} = 62.00$		
<b>Sexo</b>		
Masculino	10	8.3
Feminino	110	<b>91.7</b>
<b>Escolaridade</b>		
1º Ciclo	13	10.8
2º Ciclo	7	5.8
3º Ciclo	12	10.0
Secundário	8	6.7
Licenciatura	80	<b>66.7</b>
<b>Profissão</b>		
Assistente Social	40	33.3
Enfermeiro	40	33.3
Ajudante Domiciliária	40	33.3
<b>Meio onde exerce a profissão</b>		
Rural	60	50.0
Urbano	60	50.0
<b>Tempo de trabalho na área da velhice (anos)</b>		
< 5	40	<b>33.6</b>
5 – 10	33	27.8
10 – 15	16	13.4
15 – 20	7	5.9
20 – 25	17	14.3
≥ 25	6	5.0
$\bar{x} = 9.67$ $Md = 7.00$ $s = 7.92$ $x_{\min} = 1.00$ $x_{\max} = 33.00$		

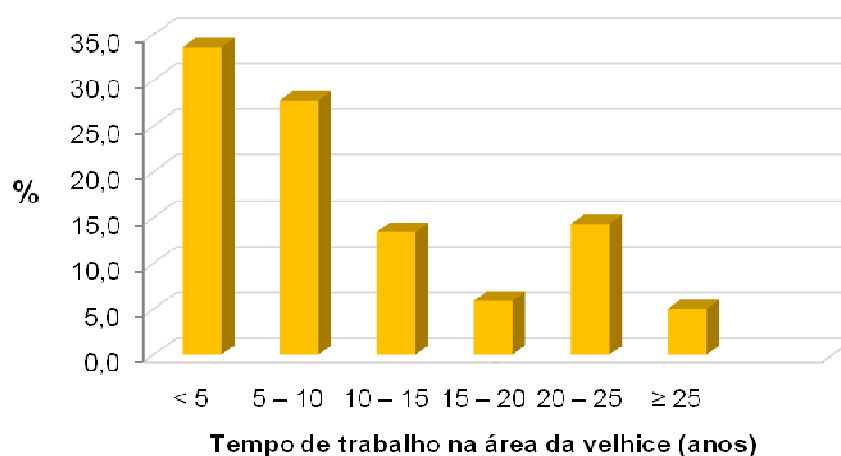
**Gráfico 1.** Inquiridos segundo o grupo etário



**Gráfico 2.** Inquiridos segundo a escolaridade



**Gráfico 3.** Inquiridos segundo o tempo de trabalho na área da velhice



## 2. Análise do Teste de Associação Livre de Palavras

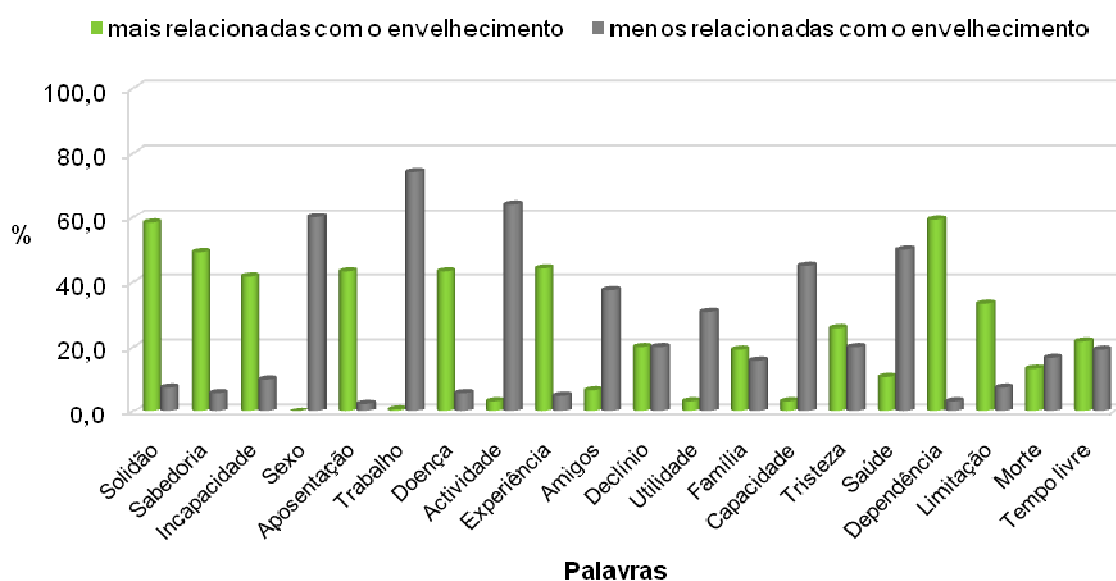
Relativamente às cinco palavras mais associadas/relacionadas com o envelhecimento verifica-se (quadro 7 e gráfico 4) que os inquiridos seleccionaram preferencialmente a **dependência** (59.2%), a **solidão** (58.3%), a **sabedoria** (49.2%), a **experiência** (44.2%) e a **aposentação** (43.3%).

Pela observação do mesmo quadro e gráfico, depreende-se que as cinco palavras menos associadas, pelos elementos da amostra, ao envelhecimento foram o **trabalho** (74.2%), a **actividade** (64.2%), o **sexo** (60.0%), a **saúde** (50.0%) e a **capacidade** (45.0%).

**Quadro 7.** Inquiridos segundo as palavras mais e menos relacionadas com o envelhecimento

Palavras...	...mais relacionadas com o envelhecimento		...menos relacionadas com o envelhecimento	
	n	%	n	%
<b>Solidão</b>	70	<b>58.3</b>	9	7.5
<b>Sabedoria</b>	59	<b>49.2</b>	7	5.8
<b>Incapacidade</b>	50	41.7	12	10.0
<b>Sexo</b>	-	0.0	72	<b>60.0</b>
<b>Aposentação</b>	52	<b>43.3</b>	3	2.5
<b>Trabalho</b>	1	0.8	89	<b>74.2</b>
<b>Doença</b>	52	43.3	7	5.8
<b>Actividade</b>	4	3.3	77	<b>64.2</b>
<b>Experiência</b>	53	<b>44.2</b>	6	5.0
<b>Amigos</b>	8	6.7	45	37.5
<b>Declínio</b>	24	20.0	24	20.0
<b>Utilidade</b>	4	3.3	37	30.8
<b>Família</b>	23	19.2	19	15.8
<b>Capacidade</b>	4	3.3	54	<b>45.0</b>
<b>Tristeza</b>	31	25.8	24	20.0
<b>Saúde</b>	13	10.8	60	<b>50.0</b>
<b>Dependência</b>	71	<b>59.2</b>	4	3.3
<b>Limitação</b>	40	33.3	9	7.5
<b>Morte</b>	16	13.3	20	16.7
<b>Tempo livre</b>	26	21.7	23	19.2

**Gráfico 4.** Inquiridos segundo as palavras mais e menos relacionadas com o envelhecimento



### 3. Análise da Escala “ImAges”

Dado o número de variáveis implicadas e a sua relativa complexidade, as trinta e duas afirmações da escala foram agrupadas em quatro factores/dimensões, conforme descrito no capítulo anterior.

Na dimensão “**dependência, tristeza e antiquado**”, foram observados valores compreendidos entre 21 e 58 pontos, sendo a média 36.98 pontos, com desvio padrão de 6.55 pontos. Metade dos inquiridos obteve, no máximo, 37.00 pontos (mediana). Atendendo que, esta dimensão é constituída por 14 itens e cada item é pontuado de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente), a pontuação esperada para a dimensão poderia variar entre 14 pontos (imagem menos negativa) e 70 pontos (imagem mais negativa). Na realidade os inquiridos obtiveram como pontuação mínima 21 pontos e como máxima 58 pontos, estando a média e a mediana mais próximas do mínimo que do máximo, pode-se afirmar que os inquiridos mostraram uma imagem pouco negativa da velhice (quadro 8).

Na dimensão “**incompetência relacional e cognitiva**” observam-se resultados compreendidos entre 8 e 32 pontos, sendo a média 16.23 pontos, com desvio padrão 3.83 pontos. Metade dos elementos da amostra obteve, no máximo 16.00 pontos (mediana). Tendo presente que para esta dimensão eram esperados valores compreendidos entre 8 e 40 pontos, pode-se afirmar que também nesta área os inquiridos evidenciaram uma imagem pouco negativa da velhice.

Ao nível da “**maturidade, actividade e afectividade**”, a escala poderia variar entre 6 e 30 pontos e observam-se resultados entre 10 e 29 pontos. A média situou-se nos 21.19 pontos, com desvio padrão 3.30 pontos e metade dos inquiridos obteve, pelo menos 21.00 pontos (mediana). Conclui-se assim, que os inquiridos revelaram uma imagem francamente positiva da velhice.

Para a dimensão “**inutilidade**”, os resultados situaram-se entre 4 e 14 pontos, sendo a média 6.57 pontos, com desvio padrão 2.13 pontos. Metade dos elementos da amostra apresentou, no máximo, 6.00 pontos. Estes resultados, em conjunto com a informação de que, nesta dimensão, os resultados eram expressos numa escala que poderia variar entre 4 e 20 pontos, permitem afirmar que os inquiridos evidenciaram uma imagem pouco negativa da velhice.

Em suma, os resultados obtidos evidenciam que os profissionais envolvidos no estudo apresentam uma imagem pouco negativa da velhice em termos de “dependência, tristeza e antiquado”, “incompetência relacional e cognitiva” e “inutilidade” e uma imagem positiva ao nível da “maturidade, actividade e afectividade”.

**Quadro 8.** Medidas descritivas obtidas com base nos dados observados nas dimensões da escala de imagens da velhice

<b>Dimensão</b>	$\bar{x}$	<b>Md</b>	<b>s</b>	<b>X<sub>min</sub></b>	<b>X<sub>max</sub></b>
<b>Dependência, tristeza e antiquado</b>	36.98	37.00	6.55	21.00	58.00
<b>Incompetência relacional e cognitiva</b>	16.23	16.00	3.83	8.00	32.00
<b>Maturidade, actividade e afectividade</b>	21.19	21.00	3.30	10.00	29.00
<b>Inutilidade</b>	6.57	6.00	2.13	4.00	14.00

#### **4. Relação das palavras mais e menos associadas ao envelhecimento e imagens de velhice com as variáveis sócio - demográficas**

##### **4.1. Profissão**

###### *a) Palavras mais e menos associadas ao envelhecimento versus grupo profissional*

Os resultados que constituem o quadro 9 foram obtidos a partir da comparação das palavras mais relacionadas com o envelhecimento em função da profissão. Aplicando o teste do Qui-quadrado, para diferença de proporções, pode-se verificar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os três grupos de

profissionais -  $p < 0,05$ , ao nível das palavras solidão ( $p = 0.001$ ), sabedoria ( $p = 0.003$ ), incapacidade ( $p < 0.001$ ), doença ( $p = 0.007$ ), experiência ( $p < 0.001$ ), família ( $p = 0.038$ ) e tempo livre ( $p = 0.024$ ). Analisando as percentagens referentes às três profissões, verifica-se que os Assistentes Sociais são os que mais relacionam a **sabedoria** e o **tempo livre** com o envelhecimento, enquanto os Enfermeiros associam mais à **experiência** e à **família** e as Ajudantes Domiciliárias associam mais o envelhecimento à **solidão, incapacidade e doença**.

Quanto às palavras menos relacionadas com o envelhecimento verifica-se (quadro 10) que existem diferenças estatisticamente significativas entre os três grupos de profissionais, unicamente, ao nível do **declínio** ( $p = 0.002$ ), da **tristeza** ( $p = 0.020$ ) e do **tempo livre** ( $p = 0.007$ ).

Comparando as proporções de respostas, verifica-se que as palavras **declínio** e **tristeza** são aquelas que os Assistentes Sociais menos relacionam com o envelhecimento e que o **tempo livre** é a expressão menos relacionada com o envelhecimento pelas Ajudantes Domiciliárias.

**Quadro 9.** Comparação das palavras mais relacionadas com o envelhecimento em função da profissão

Profissão	Assistente Social		Enfermeiro		Ajudante Domiciliária		$\chi^2$	p
	n	%	n	%	n	%		
<b>Palavras mais relacionadas como o Envelhecimento</b>								
<b>Solidão</b>	22	55.0	16	40.0	32	<b>80.0</b>	13.440	<b>0.001</b>
<b>Sabedoria</b>	25	<b>62.5</b>	23	57.5	11	27.5	11.470	<b>0.003</b>
<b>Incapacidade</b>	10	25.0	11	27.5	29	<b>72.5</b>	23.520	<b>&lt;0.001</b>
<b>Sexo</b>	40	100.0	40	100.0	40	100.0	0.000	1.000
<b>Aposentação</b>	13	32.5	23	57.5	16	40.0	5.362	0.068
<b>Trabalho</b>	-	0.0	1	2.5	-	0.0	2.017	0.365
<b>Doença</b>	18	45.0	10	25.0	24	<b>60.0</b>	10.045	<b>0.007</b>
<b>Actividade</b>	2	5.0	1	2.5	1	2.5	0.000	1.000
<b>Experiência</b>	19	47.5	27	<b>67.5</b>	7	17.5	20.546	<b>&lt;0.001</b>
<b>Amigos</b>	3	7.5	4	10.0	1	2.5	1.875	0.392
<b>Declínio</b>	6	15.0	7	17.5	11	27.5	2.188	0.335
<b>Utilidade</b>	2	5.0	2	5.0	-	0.0	2.069	0.355
<b>Família</b>	8	20.0	12	<b>30.0</b>	3	7.5	6.562	<b>0.038</b>
<b>Capacidade</b>	3	7.5	-	0.0	1	2.5	3.621	0.164
<b>Tristeza</b>	11	27.5	6	15.0	14	35.0	4.262	0.119
<b>Saúde</b>	4	10.0	3	7.5	6	15.0	1.208	0.547
<b>Dependência</b>	24	60.0	23	57.5	24	60.0	0.069	0.966
<b>Limitação</b>	13	32.5	18	45.0	9	22.5	4.575	0.102
<b>Morte</b>	4	10.0	5	12.5	7	17.5	1.010	0.604
<b>Tempo livre</b>	14	<b>35.0</b>	8	20.0	4	10.0	7.463	<b>0.024</b>

**Quadro 10.** Comparação das palavras menos relacionadas com o envelhecimento em função da profissão

Profissão	Assistente Social		Enfermeiro		Ajudante Domiciliária		$\chi^2$	p
	n	%	n	%	n	%		
<b>Palavras mais relacionadas como o Envelhecimento</b>								
Solidão	3	7.5	5	12.5	1	2.5	0.000	1.000
Sabedoria	-	0.0	-	0.0	7	17.5	0.000	1.000
Incapacidade	5	12.5	5	12.5	2	5.0	1.667	0.435
Sexo	22	55.0	29	72.5	21	52.5	3.958	0.138
Aposentação	1	2.5	-	0.0	2	5.0	0.000	1.000
Trabalho	33	82.5	30	75.0	26	65.0	3.219	0.200
Doença	2	5.0	3	7.5	2	5.0	0.000	1.000
Actividade	27	67.5	23	57.5	27	67.5	1.160	0.560
Experiência	-	0.0	1	2.5	5	12.5	0.000	1.000
Amigos	15	37.5	14	35.0	16	40.0	0.213	0.899
Declínio	13	<b>32.5</b>	10	25.0	1	2.5	12.188	<b>0.002</b>
Utilidade	9	22.5	11	27.5	17	42.5	4.064	0.131
Família	4	10.0	7	17.5	8	20.0	1.626	0.444
Capacidade	17	42.5	16	40.0	21	52.5	1.414	0.493
Tristeza	13	<b>32.5</b>	8	20.0	3	7.5	7.813	<b>0.020</b>
Saúde	20	50.0	19	47.5	21	52.5	0.200	0.905
Dependência	1	2.5	1	2.5	2	5.0	0.000	1.000
Limitação	5	12.5	2	5.0	2	5.0	0.000	1.000
Morte	6	15.0	11	27.5	3	7.5	5.880	0.053
Tempo livre	4	10.0	5	12.5	14	<b>35.0</b>	9.789	<b>0.007</b>

b) *Imagens de Velhice versus grupo profissional*

A aplicação do teste Kruskal-Wallis permitiu comparar as imagens da velhice em função das três profissões.

Como se pode constatar pelos resultados apresentados no quadro 11, existem diferenças estatisticamente significativas entre as profissões, nas dimensões “incompetência relacional e cognitiva” ( $p < 0.001$ ) e “inutilidade” ( $p = 0.002$ ). A análise comparativa dos valores das medidas de tendência central (média ordinal, média e mediana) revela que as Ajudantes Domiciliárias evidenciaram uma imagem mais negativa da velhice, ou seja, os profissionais deste grupo possuíam uma imagem da velhice de maior **incompetência relacional e cognitiva** e de maior **inutilidade** que os Assistentes Sociais e os Enfermeiros.

**Quadro 11.** Comparação das dimensões da escala de imagens da velhice em função da profissão

Dimensão / Profissão	$\bar{x}_{ord}$	$\bar{x}$	Md	$\chi^2$	p
<b>Dependência, tristeza e antiquado</b>					
Assistente Social	56.63	36.33	36.00	3.920	0.141
Enfermeiro	55.53	35.60	37.00		
Ajudante Domiciliária	69.35	39.00	38.00		
<b>Incompetência relacional e cognitiva</b>					
Assistente Social	54.61	15.60	16.00	19.832	<0.001
Enfermeiro	47.00	14.65	14.00		
Ajudante Domiciliária	<b>79.89</b>	<b>18.45</b>	<b>17.50</b>		
<b>Maturidade, actividade e afectividade</b>					
Assistente Social	61.64	21.18	22.00	0.065	0.968
Enfermeiro	59.85	21.23	21.00		
Ajudante Domiciliária	60.01	21.18	21.50		
<b>Inutilidade</b>					
Assistente Social	54.34	6.15	5.50	12.849	<b>0.002</b>
Enfermeiro	50.91	5.93	6.00		
Ajudante Domiciliária	<b>76.25</b>	<b>7.63</b>	<b>8.00</b>		

#### **4.2. Idade e Tempo de Trabalho na Área da Velhice**

Para desenvolver o estudo de comparação das palavras mais e menos relacionadas com o envelhecimento em função da idade e do tempo de trabalho na área da velhice teve-se necessidade de agrupar os inquiridos. Em ambos os casos, optou-se por criar duas categorias tendo por base o valor mediano, ou seja, para ambas as variáveis, considerou-se os indivíduos com idade/tempo de trabalho na área da velhice igual ou inferior à mediana e os indivíduos com resultado superior à mediana.

##### *a) Palavras mais e menos associadas ao envelhecimento versus idade*

Os resultados apresentados no quadro 12 revelam a relação das palavras mais associadas com o envelhecimento com a idade, sendo que, apenas, se observa a existência de diferenças estatisticamente significativas, entre a idade e as palavras **solidão** ( $p = 0.002$ ) e **tempo livre** ( $p = 0.043$ ). A primeira destas palavras é preferencialmente associada ao envelhecimento por parte dos inquiridos mais velhos, enquanto a segunda é mais associada ao envelhecimento por parte dos inquiridos mais novos.

Quanto às palavras menos relacionadas com o envelhecimento, verifica-se (quadro 13) que existem apenas diferenças estatisticamente significativas ao nível das palavras **sexo** ( $p < 0.001$ ) e **família** ( $p = 0.016$ ). Consta-se ainda, que os profissionais mais novos relacionam menos a palavra **sexo** com o envelhecimento e que os mais velhos tendem a associar menos o envelhecimento à palavra **família**.

Em suma, pudemos afirmar que as palavras mais e menos relacionadas com o envelhecimento diferem em função da idade dos profissionais, as diferenças são contudo, pouco representativas, visto que das 20 palavras apresentadas, apenas em duas, se encontraram diferenças estatisticamente significativas, quer nas mais, quer nas menos relacionadas com o envelhecimento.

**Quadro 12.** Comparação das palavras mais relacionadas com o envelhecimento em função da idade (agrupada)

Idade (agrupada)	≤ 36 anos		> 36 anos		$\chi^2$	p
	n	%	n	%		
<b>Palavras mais relacionadas com o envelhecimento</b>						
<b>Solidão</b>	28	45.2	42	<b>72.4</b>	9.157	<b>0.002</b>
<b>Sabedoria</b>	32	51.6	27	46.6	0.307	0.578
<b>Incapacidade</b>	25	40.3	25	43.1	0.095	0.757
<b>Sexo</b>	-	0.0	-	0.0	0.000	1.000
<b>Aposentação</b>	27	43.5	25	43.1	0.002	0.961
<b>Trabalho</b>	-	0.0	1	1.7	0.000	1.000
<b>Doença</b>	23	37.1	29	50.0	2.032	0.154
<b>Actividade</b>	1	1.6	3	5.2	0.000	1.000
<b>Experiência</b>	27	43.5	26	44.8	0.020	0.888
<b>Amigos</b>	4	6.5	4	6.9	0.000	1.000
<b>Declínio</b>	11	17.7	13	22.4	0.409	0.523
<b>Utilidade</b>	2	3.2	2	3.4	0.000	1.000
<b>Família</b>	15	24.2	8	13.8	2.092	0.148
<b>Capacidade</b>	3	4.8	1	1.7	0.000	1.000
<b>Tristeza</b>	13	21.0	18	31.0	1.585	0.208
<b>Saúde</b>	10	16.1	3	5.2	3.724	0.054
<b>Dependência</b>	38	61.3	33	56.9	0.239	0.625
<b>Limitação</b>	25	40.3	15	25.9	2.820	0.093
<b>Morte</b>	9	14.5	7	12.1	0.155	0.694
<b>Tempo livre</b>	18	<b>29.0</b>	8	13.8	4.100	<b>0.043</b>

**Quadro 13.** Comparação das palavras menos relacionadas com o envelhecimento em função da idade (agrupada)

Idade (agrupada)	≤ 36 anos		> 36 anos		$\chi^2$	p
	n	%	n	%		
<b>Palavras menos relacionadas com o envelhecimento</b>						
<b>Solidão</b>	3	4.8	6	10.3	0.000	1.000
<b>Sabedoria</b>	3	4.8	4	6.9	0.000	1.000
<b>Incapacidade</b>	5	8.1	7	12.1	0.534	0.465
<b>Sexo</b>	47	<b>75.8</b>	25	43.1	13.354	<b>&lt;0.001</b>
<b>Aposentação</b>	1	1.6	2	3.4	0.000	1.000
<b>Trabalho</b>	48	77.4	41	70.7	0.708	0.400
<b>Doença</b>	1	1.6	6	10.3	0.000	1.000
<b>Actividade</b>	42	67.7	35	60.3	0.713	0.398
<b>Experiência</b>	1	1.6	5	8.6	0.000	1.000
<b>Amigos</b>	25	40.3	20	34.5	0.436	0.509
<b>Declínio</b>	16	25.8	8	13.8	2.703	0.100
<b>Utilidade</b>	19	30.6	18	31.0	0.002	0.963
<b>Família</b>	5	8.1	14	<b>24.1</b>	5.810	<b>0.016</b>
<b>Capacidade</b>	25	40.3	29	50.0	1.134	0.287
<b>Tristeza</b>	13	21.0	11	19.0	0.075	0.784
<b>Saúde</b>	31	50.0	29	50.0	0.000	1.000
<b>Dependência</b>	3	4.8	1	1.7	0.000	1.000
<b>Limitação</b>	4	6.5	5	8.6	0.000	1.000
<b>Morte</b>	10	16.1	10	17.2	0.027	0.870
<b>Tempo livre</b>	9	14.5	14	24.1	1.791	0.181

*b) Palavras mais e menos associadas ao envelhecimento versus tempo de trabalho na área do envelhecimento*

Comparando as palavras mais relacionadas com o envelhecimento em função do tempo de trabalho na área da velhice verifica-se (quadro 14) que só existe diferença estatisticamente significativa ao nível da palavra **solidão** ( $p = 0.033$ ) e que são os profissionais que trabalham há mais tempo na área da velhice, os que relacionam mais esta palavra ao envelhecimento.

Em termos das palavras menos relacionadas com o envelhecimento, observa-se a existência de diferença significativa, ao nível da palavra **família** ( $p = 0.013$ ), quando a comparação é feita entre os profissionais que trabalham há menos tempo na área da velhice e os que trabalham há mais tempo (quadro 15). Verifica-se ainda, que são aqueles que trabalham há mais tempo na área da velhice, os que menos associam esta palavra com o envelhecimento.

Estes resultados evidenciam que o tempo de trabalho na área da velhice pouco influencia as palavras mais e menos relacionadas com o envelhecimento.

**Quadro 14.** Comparação das palavras mais relacionadas com o envelhecimento em função do tempo de trabalho na área da velhice (agrupada)

Tempo de trabalho na área da velhice	≤ 7 anos		> 7 anos		$\chi^2$	p
	n	%	n	%		
<b>Palavras mais relacionadas com o envelhecimento</b>						
<b>Solidão</b>	31	49.2	39	<b>68.4</b>	4.546	<b>0.033</b>
<b>Sabedoria</b>	32	50.8	27	47.4	0.140	0.708
<b>Incapacidade</b>	23	36.5	27	47.4	1.452	0.228
<b>Sexo</b>	-	0.0	-	0.0	0.000	1.000
<b>Aposentação</b>	26	41.3	26	45.6	0.230	0.632
<b>Trabalho</b>	1	1.6	-	0.0	0.000	1.000
<b>Doença</b>	25	39.7	27	47.4	0.720	0.396
<b>Actividade</b>	1	1.6	3	5.3	0.000	1.000
<b>Experiência</b>	30	47.6	23	40.4	0.641	0.423
<b>Amigos</b>	4	6.3	4	7.0	0.000	1.000
<b>Declínio</b>	13	20.6	11	19.3	0.033	0.855
<b>Utilidade</b>	2	3.2	2	3.5	0.000	1.000
<b>Família</b>	15	23.8	8	14.0	1.845	0.174
<b>Capacidade</b>	3	4.8	1	1.8	0.000	1.000
<b>Tristeza</b>	15	23.8	16	28.1	0.284	0.594
<b>Saúde</b>	8	12.7	5	8.8	0.478	0.490
<b>Dependência</b>	38	60.3	33	57.9	0.073	0.787
<b>Limitação</b>	24	38.1	16	28.1	1.353	0.245
<b>Morte</b>	10	15.9	6	10.5	0.740	0.390
<b>Tempo livre</b>	15	23.8	11	19.3	0.359	0.549

**Quadro 15.** Comparação das palavras menos relacionadas com o envelhecimento em função do tempo de trabalho na área da velhice

Tempo de trabalho na área da velhice	≤ 7 anos		> 7 anos		$\chi^2$	p
	n	%	n	%		
<b>Palavras menos relacionadas com o envelhecimento</b>						
Solidão	4	6.3	5	8.8	0.000	1.000
Sabedoria	4	6.3	3	5.3	0.000	1.000
Incapacidade	6	9.5	6	10.5	0.033	0.855
Sexo	40	63.5	32	56.1	0.674	0.412
Aposentação	1	1.6	2	3.5	0.000	1.000
Trabalho	50	79.4	39	68.4	1.871	0.171
Doença	1	1.6	6	10.5	0.000	1.000
Actividade	43	68.3	34	59.6	0.964	0.326
Experiência	3	4.8	3	5.3	0.000	1.000
Amigos	21	33.3	24	42.1	0.982	0.322
Declínio	15	23.8	9	15.8	1.203	0.273
Utilidade	23	36.5	14	24.6	2.003	0.157
Família	5	7.9	14	<b>24.6</b>	6.206	<b>0.013</b>
Capacidade	28	44.4	26	45.6	0.017	0.898
Tristeza	14	22.2	10	17.5	0.409	0.522
Saúde	31	49.2	29	50.9	0.033	0.855
Dependência	3	4.8	1	1.8	0.000	1.000
Limitação	5	7.9	4	7.0	0.036	0.849
Morte	9	14.3	11	19.3	0.541	0.462
Tempo livre	10	15.3	13	22.8	0.929	0.335

c) *Factores da Escala ImAge versus idade e tempo de trabalho na área da velhice*

Os estudos de correlação da imagem da velhice com a idade e com o tempo de trabalho na área da velhice, através da aplicação do coeficiente de correlação de Spearman e do respectivo teste de significância, permitiram obter os resultados apresentados no quadro 16. Como se pode constatar, em ambos os estudos se obteve correlações fracas, sendo que, apenas entre a dimensão referente à inutilidade e a idade se observa a existência de correlação estatisticamente significativa ( $p = 0.038$ ). O facto de esta correlação ser positiva permite-nos afirmar que os profissionais mais velhos tendem a revelar uma imagem de maior inutilidade da velhice.

Conclui-se que a imagem da velhice não é influenciada pelo tempo de trabalho na área da velhice, sendo esta influenciada pela idade, apenas ao nível da inutilidade.

**Quadro 16.** Correlação das dimensões da escala de imagens da velhice com a idade e o tempo de trabalho na área da velhice

Variáveis	Idade		Tempo de trabalho	
	$r_s$	p	$r_s$	p
<b>Dependência, tristeza e antiquado</b>	-0.08	0.370	+0.10	0.290
<b>Incompetência relacional e cognitiva</b>	+0.07	0.467	+0.12	0.185
<b>Maturidade, actividade e afectividade</b>	-0.07	0.420	-0.06	0.540
<b>Inutilidade</b>	+0.19	<b>0.038</b>	+0.11	0.216

### **4.3. Escolaridade**

a) *Palavras mais e menos relacionadas com o envelhecimento versus escolaridade*

Por não existir um número representativo de casos em todas as categorias da variável escolaridade optou-se por agrupar os inquiridos em, apenas, dois grupos (escolaridade não superior e escolaridade superior).

Os resultados da aplicação do teste do Qui-quadrado, para diferença de proporções, revelou a existência de diferenças estatisticamente significativas ao nível das palavras solidão ( $p = 0.001$ ), sabedoria ( $p = 0.001$ ), incapacidade ( $p < 0.001$ ),

doença ( $p = 0.009$ ), experiência ( $p < 0.001$ ), família ( $p = 0.022$ ) e tempo livre ( $p = 0.028$ ).

Os resultados que constituem o quadro 17 revelam, assim, que os inquiridos com escolaridade não superior tendem a associar mais ao envelhecimento às palavras **solidão**, **incapacidade** e **doença**. Por outro lado, aqueles que têm escolaridade de nível superior tendem a associar, com maior frequência, ao envelhecimento os termos **sabedoria**, **experiência**, **família** e **tempo livre**.

No que concerne às palavras menos relacionadas com o envelhecimento, verifica-se a existência de diferenças estatisticamente significativas ao nível das palavras declínio ( $p = 0.001$ ), utilidade ( $p = 0.049$ ), tristeza ( $p = 0.015$ ) e tempo livre ( $p = 0.002$ ) e, através da comparação das proporções de respostas, verifica-se que as palavras menos relacionadas ao envelhecimento por parte dos inquiridos com escolaridade não superior são a **utilidade** e o **tempo livre**, enquanto os inquiridos com escolaridade superior tendem a relacionar menos ao envelhecimento os termos **declínio** e **tristeza** (quadro 18).

Estes resultados evidenciam que a escolaridade dos inquiridos tende a influenciar as palavras mais e menos associadas ao envelhecimento.

**Quadro 17.** Comparação das palavras mais relacionadas com o envelhecimento em função da escolaridade (agrupada)

Escolaridade	Não superior		Superior		$\chi^2$	p
	n	%	n	%		
<b>Palavras mais relacionadas com o envelhecimento</b>						
<b>Solidão</b>	32	<b>80.0</b>	38	47.5	11.589	<b>0.001</b>
<b>Sabedoria</b>	11	27.5	48	<b>60.0</b>	11.270	<b>0.001</b>
<b>Incapacidade</b>	29	<b>72,5</b>	21	26.3	23.469	<b>&lt;0.001</b>
<b>Sexo</b>	40	100.0	80	100.0	0.000	1.000
<b>Aposentação</b>	16	40.0	36	45.0	0.271	0.602
<b>Trabalho</b>	-	0.0	1	1.3	0.000	1.000
<b>Doença</b>	24	<b>60.0</b>	28	35.0	6.787	<b>0.009</b>
<b>Actividade</b>	1	2.5	3	3.8	0.129	0.719
<b>Experiência</b>	7	17.5	46	<b>57.5</b>	17.302	<b>&lt;0.001</b>
<b>Amigos</b>	1	2.5	7	8.8	1.674	0.196
<b>Declínio</b>	11	27.5	13	16.3	2.109	0.146
<b>Utilidade</b>	-	0.0	4	5.0	2.069	0.150
<b>Família</b>	3	7.5	20	<b>25.0</b>	5.271	<b>0.022</b>
<b>Capacidade</b>	1	2.5	3	3.8	0.000	1.000
<b>Tristeza</b>	14	35.0	17	21.3	2.631	0.105
<b>Saúde</b>	6	15.0	7	8.8	1.078	0.299
<b>Dependência</b>	24	60.0	47	58.8	0.017	0.896
<b>Limitação</b>	9	22.5	31	38.8	3.169	0.075
<b>Morte</b>	7	17.5	9	11.3	0.901	0.342
<b>Tempo livre</b>	4	10.0	22	<b>27.5</b>	4.812	<b>0.028</b>

**Quadro 18.** Comparação das palavras menos relacionadas com o envelhecimento em função da escolaridade (agrupada)

Escolaridade	Não superior		Superior		$\chi^2$	p
	n	%	n	%		
Palavras menos relacionadas com o envelhecimento						
Solidão	1	2.5	8	10.0	0.000	1.000
Sabedoria	7	17.5	-	0.0	0.000	1.000
Incapacidade	2	5.0	10	12.5	0.000	1.000
Sexo	21	52.5	51	63.8	1.406	0.236
Aposentação	2	5.0	1	1.3	0.000	1.000
Trabalho	26	65.0	63	78.8	2.631	0.105
Doença	2	5.0	5	6.3	0.000	1.000
Actividade	27	67.5	50	62.5	0.290	0.590
Experiência	5	12.5	1	1.3	0.000	1.000
Amigos	16	40.0	29	36.3	0.160	0.689
Declínio	1	2.5	23	<b>28.8</b>	11.484	<b>0.001</b>
Utilidade	17	<b>42.5</b>	20	25.0	3.829	<b>0.049</b>
Família	8	20.0	11	13.8	0.782	0.377
Capacidade	21	52.5	33	41.3	1.364	0.243
Tristeza	3	7.5	21	<b>26.3</b>	5.859	<b>0.015</b>
Saúde	21	52.5	39	48.8	0.150	0.699
Dependência	2	5.0	2	2.5	0.000	1.000
Limitação	2	5.0	7	8.8	0.000	1.000
Morte	3	7.5	17	21.3	3.630	0.057
Tempo livre	14	<b>35.00</b>	9	11.3	9.709	<b>0.002</b>

b) *Factores da Escala ImAge versus Escolaridade*

A aplicação do teste U de Mann-Whitney permitiu comparar a imagem da velhice em função da escolaridade. Tal como nos estudos anteriores, também neste caso se optou por considerar os inquiridos agrupados em duas categorias (quadro 19).

Os resultados obtidos revelam que existem diferenças estatisticamente significativas nas dimensões “dependência, tristeza e antiquado” ( $p = 0.048$ ); “incompetência relacional e cognitiva” ( $p < 0.001$ ); e “inutilidade” ( $p < 0.001$ ).

Comparando os valores das medidas de tendência central, verifica-se que os profissionais com escolaridade não superior evidenciam uma imagem mais negativa da velhice.

**Quadro 19.** Comparação das dimensões da escala de imagens da velhice em função da escolaridade (agrupada)

<b>Dimensão / Escolaridade</b>	$\bar{x}_{ord}$	$\bar{x}$	<b>Md</b>	<b>z</b>	<b>p</b>
<b>Dependência, tristeza e antiquado</b>					
Não superior	<b>69.35</b>	<b>39.00</b>	<b>38.00</b>	-1.975	<b>0.048</b>
Superior	56.08	35.96	36.50		
<b>Incompetência relacional e cognitiva</b>					
Não superior	<b>79.89</b>	<b>18.45</b>	<b>17.50</b>	-4.343	<b>&lt;0.001</b>
Superior	50.81	15.13	16.00		
<b>Maturidade, actividade e afectividade</b>					
Não superior	60.01	21.18	21.50	-0.109	0.913
Superior	60.74	21.20	21.00		
<b>Inutilidade</b>					
Não superior	<b>76.25</b>	<b>7.63</b>	<b>8.00</b>	-3.557	<b>&lt;0.001</b>
Superior	52.63	6.04	6.00		

#### **4.4. Contexto de Actividade Profissional**

*a) Palavras mais e menos relacionadas com o envelhecimento versus contexto de actividade profissional*

Os resultados apresentados no quadro 20 revelam que, apenas, na palavra **saúde** ( $p = 0.008$ ) os profissionais que exercem a actividade em contexto rural diferem dos que exercem a actividade profissional em contexto urbano. Verifica-se assim, que os profissionais que trabalham em contexto urbano relacionam, com maior frequência, a palavra saúde ao envelhecimento.

Relativamente às palavras menos relacionadas com o envelhecimento constata-se (quadro 21) que existem diferenças estatisticamente significativas nas palavras sexo ( $p = 0.003$ ) e família ( $p = 0.024$ ). Os profissionais que trabalham em meio urbano associam menos o envelhecimento à palavra **sexo**, enquanto os que trabalham em meio rural, associam menos à palavra **família**.

Conclui-se, porém, por se observarem diferenças estatisticamente significativas em poucas das 20 palavras apresentadas, que o contexto de actividade laboral tem pouca influência sobre as palavras que os profissionais mais e menos relacionam com o envelhecimento.

**Quadro 20.** Comparação das palavras mais relacionadas com o envelhecimento em função do contexto de actividade profissional

Meio	Rural		Urbano		$\chi^2$	p
	n	%	n	%		
<b>Palavras mais relacionadas com o envelhecimento</b>						
<b>Solidão</b>	35	58.3	35	58.3	0.000	1.000
<b>Sabedoria</b>	28	46.7	31	51.7	0.300	0.584
<b>Incapacidade</b>	27	45.0	23	38.3	0.549	0.459
<b>Sexo</b>	60	100.0	60	100.0	0.000	1.000
<b>Aposentação</b>	27	45.00	25	41.7	0.136	0.713
<b>Trabalho</b>	-	0.0	1	1.7	0.000	1.000
<b>Doença</b>	31	51.7	21	35.0	3.394	0.065
<b>Actividade</b>	3	5.0	1	1.7	0.000	1.000
<b>Experiência</b>	25	41.7	28	46.7	0.304	0.581
<b>Amigos</b>	4	6.7	4	6.7	0.000	1.000
<b>Declínio</b>	15	25.0	9	15.0	1.875	0.171
<b>Utilidade</b>	3	5.0	1	1.7	0.000	1.000
<b>Família</b>	9	15.00	14	23.3	1.345	0.246
<b>Capacidade</b>	2	3.3	2	3.3	0.000	1.000
<b>Tristeza</b>	20	33.3	11	18.3	3.523	0.061
<b>Saúde</b>	2	3.3	11	<b>18.3</b>	6.988	<b>0.008</b>
<b>Dependência</b>	32	53.3	39	65.0	1.690	0.194
<b>Limitação</b>	19	31.7	21	35.0	0.150	0.699
<b>Morte</b>	7	11.7	9	15.0	0.288	0.591
<b>Tempo livre</b>	10	16.7	16	26.7	1.768	0.184

**Quadro 21.** Comparação das palavras menos relacionadas com o envelhecimento em função do contexto de actividade profissional

Meio	Rural		Urbano		$\chi^2$	p
	n	%	n	%		
Palavras menos relacionadas com o envelhecimento						
Solidão	4	6.7	5	8.3	0.000	1.000
Sabedoria	3	5.0	4	6.7	0.000	1.000
Incapacidade	4	6.7	8	13.3	1.481	0.224
Sexo	28	46.7	44	<b>73.3</b>	8.889	<b>0.003</b>
Aposentação	2	3.3	1	1.7	0.000	1.000
Trabalho	44	73.3	45	75.0	0.043	0.835
Doença	2	3.3	5	8.3	0.000	1.000
Actividade	40	66.7	37	61.7	0.326	0.568
Experiência	4	6.7	2	3.3	0.000	1.000
Amigos	22	36.7	23	38.3	0.036	0.850
Declínio	10	16.7	14	23.3	0.833	0.361
Utilidade	23	38.3	14	23.3	3.165	0.075
Família	14	<b>23.3</b>	5	8.3	5.065	<b>0.024</b>
Capacidade	28	46.7	26	43.3	0.135	0.714
Tristeza	13	21.7	11	18.3	0.208	0.648
Saúde	34	56.7	26	43.3	2.133	0.144
Dependência	2	3.3	2	3.3	0.000	1.000
Limitação	5	8.3	4	6.7	0.000	1.000
Morte	7	11.7	13	21.7	2.160	0.142
Tempo livre	12	20.0	11	18.3	0.054	0.817

b) *Factores da Escala ImAge versus contexto de actividade profissional*

A comparação da imagem da velhice em função do meio em que os profissionais exercem a sua actividade profissional revelou que nenhuma das diferenças observadas é estatisticamente significativa ( $p > 0.050$ ). Este facto permite concluir que não existem evidências de que o contexto em que os inquiridos exercem a sua actividade profissional afecte significativamente a imagem que eles têm sobre a velhice.

**Quadro 22.** Comparação das dimensões da escala de imagens da velhice em função do contexto de actividade profissional

Dimensão / Contexto	$\bar{X}_{ord}$	$\bar{X}$	Md	z	p
<b>Dependência, tristeza e antiquado</b>					
Rural	62.46	37.57	37.00	-0.618	0.537
Urbano	58.54	36.38	37.00		
<b>Incompetência relacional e cognitiva</b>					
Rural	65.35	16.68	17.00	-1.537	0.124
Urbano	55.65	15.78	16.00		
<b>Maturidade, actividade e afectividade</b>					
Rural	55.22	20.70	20.50	-1.672	0.095
Urbano	65.78	21.68	22.00		
<b>Inutilidade</b>					
Rural	62.58	6.63	6.50	-0.663	0.508
Urbano	58.43	6.50	6.00		

#### 4.5. Sexo

O estudo comparativo das palavras mais e menos relacionadas com o envelhecimento e da imagem da velhice em função do sexo não foi possível de realizar pelo facto do número de inquiridos do sexo masculino não ser representativo.

## **CAPÍTULO VII**

### **DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

*“Não há futuro sem os nossos idosos, se eles não nos legam actualmente o saber, legam-nos seguramente o afecto e nós projectamo-nos em cada ruga deles, como que ao espelho, somos nós próprios e é toda a nossa cultura que olhámos.”*

*(Paúl, 1997, p. 7)*

Esta fase de discussão de resultados, pretende sistematizar e evidenciar os resultados mais significativos, interpretando-os à luz das questões de investigação e confrontando-os com todo o quadro teórico que deu suporte à investigação.

Considera-se imperioso para a qualidade da intervenção gerontológica, que os profissionais possuam e avaliem os seus conhecimentos sobre a velhice/envelhecimento, passando a visualizar o idoso como um todo, numa perspectiva holística e mais humanizada. Este estudo é desenvolvido com este intento, aspirando contribuir para a identificação de necessidades e melhoria da prática profissional.

Os profissionais em estudo (Assistentes Sociais, Enfermeiros e Ajudantes Domiciliárias) assumem um papel próximo e importante no cuidar da pessoa idosa, sendo, muitas vezes, influenciados por representações sociais (imagens), positivas e negativas, mitos e estereótipos, que detêm acerca da velhice e do envelhecimento.

Após apresentação dos resultados segue-se, assim, a interpretação e discussão dos resultados obtidos, procurando-se apurar as palavras mais e menos associadas pelos profissionais ao envelhecimento e as suas imagens da velhice, bem como, se estas variam conforme a profissão, o sexo, a idade, a escolaridade, os anos de experiência de trabalho com idosos e o contexto da actividade profissional (em meio rural/urbano).

#### **1. TESTE DE ASSOCIAÇÃO LIVRE DE PALAVRAS**

Através do Teste de Associação Livre de Palavras, procurou-se analisar as palavras mais e menos associadas pelos profissionais, à palavra estímulo – Envelhecimento.

### **1.1. Palavras mais e menos relacionadas com o envelhecimento**

No que concerne às cinco palavras mais relacionadas com o envelhecimento, verifica-se que os inquiridos seleccionaram preferencialmente a **dependência** (59.2%), a **solidão** (58.3%), a **sabedoria** (49.2%), a **experiência** (44.2%) e a **aposentação** (43.3%).

Deparamo-nos assim, com a ideia de que o envelhecimento é acompanhado de **dependência**. Esta ideia, usualmente aceite pela população em geral e apontada por diversos autores como um estereótipo, responsabiliza a “idade”, pela falta de saúde da pessoa idosa.

Sabe-se que, infelizmente, um grande número de pessoas vivencia o envelhecimento com más condições de saúde e com perdas funcionais consideráveis. Esta constatação não nos permite, porém, afirmar que a dependência física ou psíquica depende da idade, mas antes, de um conjunto de factores que podem despoletar a situação de dependência, como a saúde, as condições sócio-económicas e culturais que a pessoa encontrou ao longo da sua vida, a adopção de hábitos saudáveis, entre outros. Neste contexto, podemos afirmar que, envelhecemos conforme vivemos (Berger e Mailloux-Poirier, 1995).

Embora a dependência não seja um factor exclusivo desta idade, Wenger (1987) citado por Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2006, p.41) considera que “uma das razões para estereotipar os idosos como dependentes se baseia numa leitura errónea das estatísticas, mormente, porque os dados são obtidos, na maioria, em instituições e / ou fornecidos por cuidadores informais”, sendo que, em qualquer uma destas das situações, apenas é considerada a parcela da população que necessita de ajuda.

As autoras realçam ainda um estudo, que realizaram em Portugal (2003), com 1747 idosos de 75 anos ou mais, no qual: “12,5% eram totalmente dependentes, 14,7% muito dependentes; 54% completamente independentes e 15,8%, apenas com limitações nas actividades instrumentais de vida diária” (Sousa, Figueiredo e Cerqueira, 2006, pp.41,42).

Perante os actuais esforços das políticas sociais e de saúde, é cada vez mais frequente encontrar idosos, em idade avançada, com independência e autonomia.

Considera-se porém, que a associação do envelhecimento à dependência, pelos profissionais em estudo, poderá estar relacionada com as características da sua intervenção. No caso dos Assistentes Sociais, cuja actuação se caracteriza pela resolução de problemas a nível social, a sua intervenção com a população idosa é solicitada perante a necessidade de algum tipo de apoio ao idoso e família,

geralmente, suscitado pelo surgimento da dependência. O mesmo se aplica à intervenção da Enfermagem com a população idosa, ou ainda, das Ajudantes Domiciliárias, cuja prestação de cuidados no domicílio, visam garantir a satisfação de necessidades, perante a incapacidade temporária ou permanente do idoso.

Vai-se assim, enraizando a ideia, que importa desmistificar, de que o envelhecimento é sinónimo de dependência.

A segunda palavra associada pelos profissionais ao envelhecimento foi a **solidão**.

Esta ideia vai ao encontro, de um dos catorze estereótipos mais frequentes, acerca dos idosos, identificados num estudo realizado por Champagne e Frennet (citado por Martins e Rodrigues, 2004) na Université de Montreal: “Os idosos não são sociáveis e não gostam de se reunir”.

A população idosa carrega, efectivamente, um estereótipo muito pesado que os identifica como pessoas solitárias. Esta ideia está tão interiorizada na sociedade em geral, como nos próprios idosos, afectando-os no seu quotidiano.

Os idosos sentem-se afectados por este estigma e acabam por sentir a solidão como inexorável, o que lhes provoca medos injustificados, atitudes de apatia e inclusive, a auto-exclusão social: isolam-se de familiares e amigos, por vontade própria, para se adaptarem ao que pensam ser inevitável, a solidão.

Os profissionais em estudo contactam frequentemente com situações de isolamento dos idosos, o que parece ser justificativo das respostas obtidas. Efectivamente, são cada vez mais os idosos em situações de isolamento e solidão, sobretudo, numa sociedade que propicia o individualismo, contudo, esta ideia não pode ser generalizada, esquecendo que a grande maioria, tem uma vida social activa, participa regularmente em actividades lúdicas e de lazer e assume uma cidadania participativa.

Analisando os dados recolhidos, verifica-se que o envelhecimento é também associado a características psicológicas de carácter positivo, como a **sabedoria** e a **experiência**.

A valorização destes aspectos, pelos profissionais, vai ao encontro da perspectiva de Fonseca (2006), que associa o envelhecimento à diminuição progressiva de algumas capacidades psicológicas, mas ao mesmo tempo, a alguns ganhos psicológicos, imperando maior sabedoria, experiência, maturidade, tolerância, conhecimento e sensatez, adquiridos ao longo da vida.

Assim, conforme Lachman e Baltes (1994), citados por Fonseca (2006, p.106), “(...) a par com um certo declínio no desempenho de funções cognitivas (...) noutros

domínios de actividade (...) onde a experiência e o saber acumulados desempenham um papel importante, os indivíduos idosos podem exibir uma maior capacidade de realização, por exemplo, no campo da resolução de problemas”.

Como refere conforme Cavanaugh (1997), citado por Fonseca (2006, p.109), na velhice as pessoas podem caracterizar-se de sensatas ou sábias, pela sua “capacidade de integrar pensamentos, sentimentos e acções de um modo coerente, na forma de abordar um problema, pela capacidade para demonstrar empatia face aos problemas dos outros, e pela profundidade com que se encaram as situações”.

O envelhecimento foi ainda relacionado pelos profissionais a um fenómeno social, a **aposentação**, e indirectamente, a uma idade cronológica a ela associada (65 anos).

Na revisão bibliográfica deste estudo, verificou-se que o idoso se depara com alguns desafios, sendo um dos mais importantes a aposentação, na medida em que, esta confronta o indivíduo com uma nova forma de vida a que este tem de se adaptar, marcada essencialmente, pela perda das suas funções profissionais, sendo encarada pela sociedade, como o início de um período de improdutividade.

Segunda Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2006), a reforma apresenta-se como a abertura da porta de acesso à velhice, ou ainda, como uma fronteira, a partir da qual se define quem é velho e quem não o é.

Torna-se porém fundamental, e conforme exposto no primeiro capítulo deste estudo, encarar o envelhecimento como um processo, que decorre ao longo da vida e vai edificando um estado, o da velhice. Considera-se ainda, que esta condição resultante do processo de envelhecimento, mais do que delimitada por uma idade cronológica, ou um marco estipulado socialmente (reforma), deve ter em consideração outros factores, como a idade biológica (alterações orgânicas) e a forma como a pessoa se percepçiona.

As cinco palavras menos associadas, pelos elementos da amostra, ao envelhecimento foram o **trabalho** (74.2%), a **actividade** (64.2%), o **sexo** (60.0%), a **saúde** (50.0%) e a **capacidade** (45.0%).

Vivemos numa sociedade que sobrevaloriza o **trabalho** e a produção, o envelhecimento é assim associado, à perda do papel profissional, à não produtividade e à desocupação de papéis sociais **activos**. Note-se porém, que a história está repleta de personagens que têm demonstrado a sua capacidade criativa e de trabalho, em idades mais avançadas.

Segundo Berger (2003), afirmar que o idoso não é capaz de trabalhar, de ser criativo e de dar um contributo positivo para a sociedade, limita o seu espaço de acção

e agrava situações de dependência.

Um outro preconceito comum, visível nas palavras menos associadas pelos profissionais ao envelhecimento, é o da **assexualização** dos idosos.

Esta ideia insere-se também, nos catorze estereótipos mais frequentes, acerca dos idosos, identificados pelo estudo de Champagne e Frennet (citado por Martins e Rodrigues, 2004) realizado na Université de Montreal: “Os idosos não se interessam pela sexualidade”.

Comummente, partindo da concepção que associa a sexualidade apenas à procriação, estando a mulher na menopausa e o homem atravessando progressivas disfunções fisiológicas, a actividade sexual perde o seu objectivo e assim, a sua justificação social. Estas concepções, associadas à ideia de que as pessoas idosas não são atraentes fisicamente, tornam o sexo na velhice, um *tabu*.

Sabe-se porém, através de diversos estudos, que o interesse e a actividade sexual mantêm-se na velhice, assim como, a necessidade de afecto e companhia. A reprovação e repressão social da sexualidade nos idosos, inibem os próprios de a expressarem livremente (Berger, 2003).

Segundo Brecher (1984) citado por Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2006, p.29), em termos de funcionamento sexual, “75% dos homens e 61% das mulheres com 70 anos ou mais são sexualmente activos e estão satisfeitos com a sua sexualidade”.

O amor, a sexualidade e o afecto são importantes em qualquer idade. “A sexualidade representa uma das valências com impacto significativo sobre a qualidade de vida, independentemente da idade da pessoa” (Cardoso, 2004, p. 7).

Uma correcta informação sexual, dirigida à população em geral, será a melhor forma de destruir mitos e mudar atitudes.

Analisando ainda, as palavras menos associadas pelos profissionais em estudo ao envelhecimento, verifica-se que estes consideraram este processo pouco relacionado com a **saúde** e a **capacidade**.

No dizer de Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2006, p.21), “O envelhecimento é um processo de deterioração endógena e irreversível das capacidades funcionais do organismo”. Assim, e como vimos na revisão bibliográfica, o envelhecimento, numa vertente física, caracteriza-se por um conjunto de modificações e alterações degenerativas, que ocorrem ao longo do ciclo vital do ser humano, sendo que, esta visão vai ao encontro das respostas dos profissionais.

Note-se porém, que na perspectiva de Berger e Mailloux-Poirier (1995, p.116), esta visão parece não representar por completo a realidade, nem deve ser generalizada, salientando que “acreditar que a doença e o envelhecimento são

sinónimos é um erro grave, que muita gente faz. Se a velhice fosse uma doença, isso significaria que se poderia tratá-la e curá-la. Ora não se pode curar a velhice (...) A doença não faz necessariamente parte da velhice”.

É verdade que os idosos estão mais vulneráveis a doenças, sabe-se porém, que apesar da idade, há idosos que se mantêm fisicamente saudáveis e activos até ao final da sua vida.

De acordo com Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2006, p.21), “O envelhecimento não é uma doença, mas antes um processo multifactorial que arrasta uma deterioração fisiológica do organismo”.

Depreende-se assim, que envelhecer não é sinónimo de incapacidade e vulnerabilidade, nem existe nenhuma doença que seja característica da idade, sendo que, esta pode surgir em qualquer etapa da vida. Compreende-se contudo, que os profissionais em estudo, pela natureza da sua actividade profissional, trabalhando de perto com a doença durante a velhice e tendo contacto diário com as limitações físicas dos indivíduos, possam nutrir este tipo de representações sobre o envelhecimento.

## **1.2. Comparação das palavras mais e menos associadas ao envelhecimento por profissão**

Ao analisar as palavras mais relacionadas com o envelhecimento, por grupo profissional, verifica-se que estas divergem nos três grupos profissionais.

Os Assistentes Sociais são os que mais relacionam a **sabedoria** e o **tempo livre** ao envelhecimento, enquanto os Enfermeiros associam-no mais à **experiência** e à **família** e as Ajudantes Domiciliárias à **solidão**, **incapacidade** e **doença**.

Verifica-se assim, que as respostas dos Assistentes Sociais e Enfermeiros evidenciam representações positivas, valorizando o conhecimento adquirido ao longo dos anos, todavia, as das Ajudantes Domiciliárias assumem um cariz negativo.

Quanto à **sabedoria** referenciada pelos profissionais de Serviço Social, esta ideia coincide com o estudo realizado por Baltes e Smith (1990), citado por Fonseca (2006), em que este evidencia, que os idosos eram bastante mais sábios do que as pessoas de meia-idade e, mais ainda, que os jovens adultos. A noção de sabedoria surge assim, como uma capacidade que vai sendo desenvolvida à medida que a idade vai avançando.

Para Sternberg e Lubart (2001), citados por Fonseca (2006), a sabedoria pode assumir seis dimensões: o conhecimento; a competência na resolução de problemas; a capacidade de avaliação e julgamento de natureza cognitiva; a tolerância; a

motivação e a apreciação de factores contextuais que sustentam diversos pensamentos e acções.

Verifica-se assim, que as respostas dos Assistentes Sociais e Enfermeiros se encontram nesta linha de pensamento, em que a **experiência**, a sabedoria e o conhecimento foram bastante valorizados.

O envelhecimento é também relacionado pelos Assistentes Sociais, com a ideia de disponibilidade de tempo, provavelmente associada à perda do papel profissional e à aposentação.

De acordo com Osório e Pinto (2007), a família e a escola preparam para o trabalho, por isso quase todos sabem trabalhar, mas poucos sabem administrar o **tempo livre**.

Um dos papéis do Assistente Social, passa por apoiar o idoso a ocupar o seu tempo livre, oferecendo respostas, como a frequência de centros de convívio, a ocupação no domicílio, através dos Serviços de Apoio Domiciliário, a dinamização de passeios, encontros intergeracionais e outras actividades de lazer.

Esta visão percepção a velhice como uma etapa privilegiada da vida, voltada para a satisfação pessoal e o lazer.

O tempo livre constitui-se, contudo, um desafio, para o idoso, que terá de aprender a desfrutá-lo. Na perspectiva de Osório e Pinto (2007), é tempo de fazer a viagem para a qual nunca sobrou tempo; de ver os filmes que não teve oportunidade de assistir; de sobrevalorizar o cuidado com a aparência, com a saúde e a alimentação; de cultivar novas amizades e socializar; de valorizar-se culturalmente e actualizar-se, acompanhando o progresso; de ser um educador, em virtude da experiência e sabedoria adquirida ao longo dos anos; de dar asas à criatividade; de retomar um *hobbie* que foi abandonado na juventude ou algum sonho/projecto, que permaneceu em segundo plano, durante os anos de carreira profissional.

Os Enfermeiros, contrariando a ideia do idoso isolado, relacionam o envelhecimento com a **família**. Considera-se que esta associação pode assumir duas perspectivas: relacionada com o acréscimo do tempo livre do idoso e oportunidade para se dedicar à vida familiar, até então pouco investida, devido à vida profissional, fortalecendo-se assim, as relações familiares; ou à reaproximação familiar suscitada pela necessidade de prestar, ao familiar idoso, apoio emocional ou instrumental.

A transição do estado adulto para a velhice é um processo que provoca alterações na auto-estima do idoso, por se sentir menos valorizado pela sociedade e alguma insegurança por poder vir a necessitar de algum tipo de apoio. Tendo em conta estes aspectos, a família representa um meio protegido, onde o idoso pode

obter algum suporte e manter um papel activo e importante.

O idoso no seio da família é um importante recurso. Quando considerado, constitui não só, uma referência a nível de conhecimentos, aconselhamento e experiência de vida, como também, uma mais-valia na participação nos cuidados e contacto com as gerações mais novas. Ser um avô participante, no seio da família, representa uma fonte de gratificação para o idoso e um importante laço estruturante na educação dos mais novos (Sousa, Figueiredo e Cerqueira, 2006).

Em caso de doença, a presença da família é determinante, na prestação de cuidados e para a qualidade de vida do idoso.

Neste contexto, o papel da família no apoio ao idoso passa por valorizar a pessoa em questão, os seus conhecimentos, opiniões e aconselhamentos e por garantir que, em caso de necessidade, este tem acesso aos apoios e cuidados necessários à sua saúde.

Analisando as respostas das Ajudantes Domiciliárias, verifica-se que as representações sociais face ao envelhecimento revestem-se de conteúdo negativo.

A **solidão**, referenciada por estas profissionais, não está necessariamente, ligada ao envelhecimento, ou a acontecimentos que com ele se relacionam, mas sobretudo, à falta de objectivos (Paúl, 1992, citada por Fonseca, 2006). O que demonstra que esta condição, não se encontra relacionada com o avanço da idade, mas com os objectivos de vida que cada indivíduo estabelece para si.

Outras palavras associadas pelas Ajudantes Domiciliárias ao envelhecimento foram a **doença** e a **incapacidade**.

De acordo com Simões (1990, p.111), “Não se pode confundir envelhecimento com doença. Isto não significa, como é óbvio, que não há idosos doentes. Significa sim, que nem todo o idoso é doente”.

Também nas palavras menos relacionadas com o envelhecimento os três grupos profissionais evidenciam algumas diferenças.

Comparando as proporções de respostas, verifica-se que as palavras **declínio** e **tristeza** são aquelas que os Assistentes Sociais menos relacionam com o envelhecimento e que o **tempo livre** é a expressão menos relacionada com o envelhecimento pelas Ajudantes Domiciliárias.

Efectivamente, apesar de o envelhecimento acarretar todo um conjunto de mudanças a nível físico, o fenómeno de envelhecer não pode ser tratado como um **declínio** inevitável, de perda de capacidades e faculdades, em que todas as intervenções estão votadas ao fracasso (Berger e Mailloux-Poirier, 1995).

Segundo Fernández-Ballesteros (2000) outras representações sociais negativas sobre o envelhecimento prendem-se com associação deste processo à **tristeza**, ou ainda, à ideia de que as pessoas idosas são infelizes e mal-humoradas. Os Assistentes Sociais não partilham, contudo, esta ideia, o que revela claramente, uma visão positiva sobre este processo.

Ser velho não é ser triste, por isso, devem-se valorizar as queixas e comportamentos apáticos. Indiferença, choro fácil, mau humor constante, desânimo, angústia, tristeza, são sinais de que algo não está bem, necessitando do acompanhamento e tratamento adequado.

Estranhamente, as Ajudantes Domiciliárias, relacionam menos o envelhecimento ao **tempo livre**, poderá esta questão estar relacionada com a incapacidade e a doença, destacadas por este grupo profissional, oferecendo nesta perspectiva, poucas oportunidades ao idoso, para envolver-se em actividades de lazer e usufruir satisfatoriamente do tempo disponível.

Segundo Chapman (2002), a aposentação, poderá ser considerada, para alguns, um benefício, mediante a ausência da programação horária imposta pelo trabalho e aumento do tempo livre para a realização pessoal, para fazer o que se gosta, rever amigos, fazer viagens, envolver-se em actividades culturais e de lazer.

Em suma, as Ajudantes Domiciliárias tendem a associar o envelhecimento a palavras negativas, note-se porém, que este facto poderá estar relacionado com a sua convivência diária, com situações de dependência na velhice. Os Enfermeiros e Assistentes Sociais têm concepções mais positivas.

### **1.3. Relação das palavras mais e menos associados ao envelhecimento com a idade e anos de experiência de trabalho com idosos**

Ao analisar a relação das palavras mais associadas ao envelhecimento com a **idade**, verifica-se que os inquiridos mais velhos tendem a relacionar a velhice com a **solidão** e os mais novos com o **tempo livre**.

Sabe-se que, socialmente, existe tendência para relacionar a solidão ao envelhecimento, como se ela acontecesse somente na velhice. O velho tem, obrigatoriamente, que sofrer solidão e queixar-se dela.

Perante esta imagem socialmente instituída, a solidão torna-se um dos grandes medos que afligem o indivíduo ao envelhecer, o que poderá justificar a relação estabelecida pelos inquiridos mais velhos.

Por sua vez, as respostas dos indivíduos mais novos, estão em conformidade com os resultados de alguns estudos realizados nos Estados Unidos, nos quais, o envelhecimento é caracterizado como um período privilegiado para a vivência do lazer, em que o indivíduo está livre das obrigações sociais e pode fazer todas aquelas coisas que sempre teve vontade, na medida em que, tem todo o tempo disponível (Bellak, 1975; Comfort, 1977, citados por Paiva, 2011).

No que concerne às palavras menos relacionadas com o envelhecimento, curiosamente, constata-se que os profissionais mais novos o relacionam menos à palavra **sexo** e os mais velhos à palavra **família**.

Verifica-se assim, que as crenças das gerações mais jovens, socialmente conotados de “mentalidade mais aberta”, censuram a actividade sexual na velhice, possivelmente, associando-a a corpos jovens e bonitos, ou então, simplesmente, ignoram de que o desejo não tem idade, o que indica a necessidade de investir na formação orientada para a educação sexual.

Os mais velhos, provavelmente pelo facto de associarem o envelhecimento à solidão, associam-no menos à família.

Este fenómeno poderá ainda estar ligado a mudanças familiares vivenciadas na velhice, desde a saída dos filhos de casa, à perda de familiares, ao abandono, à institucionalização, ou ainda, às alterações no modelo tradicional de família, passando todos os elementos do agregado a exercer um papel profissional activo, que obriga o recurso às redes formais de apoio para responder às necessidades do idoso (Fonseca, 2006).

Porém, de acordo com Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2006), os estudos indicam que a maioria dos idosos encontra-se no domicílio, sendo os cuidados assegurados pela família, mesmo que, com a colaboração da rede formal de apoio.

Comparando as palavras mais relacionadas com o envelhecimento em função do **tempo de trabalho** na área da velhice, observa-se que os profissionais a trabalhar há mais tempo com a população idosa, tendem a relacionar a **solidão** com o envelhecimento.

No que concerne às palavras menos relacionadas com o envelhecimento, os indivíduos que trabalham há mais tempo na área da velhice, associam-no menos à palavra **família**.

Considerando que os indivíduos com maior experiência de trabalho na área da velhice serão os inquiridos mais velhos, as respostas observadas vão ao encontro do assistido anteriormente.

Note-se porém, que de um leque de vinte palavras, só se verificou diferenças

estatisticamente significativas, ao nível das palavras solidão e família (indivíduos mais velhos), o que evidencia que o tempo de trabalho na área da velhice, pouco influencia as palavras mais e menos relacionadas com o envelhecimento.

#### **1.4. Escolaridade**

Os inquiridos que não possuem escolaridade superior tendem a associar o envelhecimento às palavras **solidão**, **incapacidade** e **doença**. Por outro lado, aqueles que têm escolaridade de nível superior tendem a associar, com maior frequência, ao envelhecimento os termos **sabedoria**, **experiência**, **família** e **tempo livre**.

Verifica-se, deste modo, que as respostas estão em consonância com o observado na análise das palavras associadas ao envelhecimento por grupo profissional, em que as Ajudantes Domiciliárias, único grupo profissional com escolaridade não superior, demonstraram concepções mais negativas sobre o envelhecimento.

O mesmo se verifica nos indivíduos com escolaridade superior (Enfermeiros e Assistentes Sociais), que evidenciam representações mais positivas sobre o envelhecimento, ligadas à maturidade e ao conhecimento adquirido ao longo dos anos, bem como, à coesão familiar e tempo disponível.

No que concerne às palavras menos associadas ao envelhecimento, verifica-se que os inquiridos com escolaridade não superior, relacionam menos o envelhecimento, com as palavras **utilidade** e **tempo livre**, o que poderá estar relacionado com o facto de considerarem o idoso, dependente (Ajudantes Domiciliárias).

Por outro lado, conforme se verificou através de Barreto (2003), o actual sistema capitalista, pressupõe que o idoso não é produtivo para a sociedade, sendo visto como inútil e improdutivo, apesar de ainda ter muito para dar, desperdiçando o seu potencial, ligado a uma experiência de vida inigualável.

Os profissionais com escolaridade de nível superior consideraram que o envelhecimento se relaciona menos ao **declínio** e à **tristeza**. Efectivamente, conforme Netto (1999), citado por Oliveira (2005), tem sido possível confirmar através de diversos estudos, que os idosos não se manifestam menos satisfeitos com a vida que outros grupos etários. “A felicidade parece depender de características da personalidade e de influências do desenvolvimento ao longo da vida” (Oliveira, 2005, p. 77).

Estes resultados evidenciam que a escolaridade dos inquiridos tende a influenciar as palavras mais e menos associadas ao envelhecimento.

O conhecimento assume assim, uma posição central para desmistificar preconceitos, abalando crenças, valores e hábitos estabelecidos, na medida em que, impele à reflexão e ao desenvolvimento de novos modos de pensar e agir.

Tudo isso deve configurar-se, não apenas através da aprendizagem escolar, mas através de uma “aprendizagem ao longo da vida”, que possibilite rever, ampliar e reformular conhecimentos, em busca de crescimento pessoal e de uma actuação fundamentada em princípios de igualdade social e cidadania.

Considera-se assim, que o caminho para a transformação deste quadro, passa pela educação gerontológica e pela formação contínua.

### **1.5. Contexto de Actividade Profissional**

Pela análise dos resultados, verifica-se que os profissionais a trabalhar em contexto urbano, relacionam com maior frequência, a palavra **saúde** ao envelhecimento.

Relativamente às palavras menos relacionadas com o envelhecimento, os profissionais que trabalham em meio urbano associam menos ao envelhecimento a palavra **sexo**, enquanto os que trabalham em meio rural, associam menos à palavra **família**.

Em suma, verifica-se que as Ajudantes Domiciliárias são o grupo profissional, que associa mais palavras negativas ao envelhecimento, enquanto os Enfermeiros e Assistentes Sociais possuem concepções mais positivas. Constatou-se ainda, que a variável independente, escolaridade, assume alguma relevância nas representações dos inquiridos sobre o processo de envelhecimento, na medida em que, os indivíduos com escolaridade não superior revelam ideias mais negativas.

Por sua vez, a idade, o tempo de trabalho na área da velhice e o contexto da actividade laboral, assumem pouca influência sobre as palavras que os profissionais mais e menos relacionam com o envelhecimento (Tabela 3).

**Tabela 3.** Síntese dos resultados obtidos pelo Teste de Associação Livre de Palavras

<b>Palavras mais e menos associadas ao envelhecimento</b>			
<b>Palavras menos associadas</b>		<b>Palavras mais associadas</b>	
Trabalho Actividade Sexo Saúde Capacidade		Dependência Solidão Sabedoria Experiência Aposentação	
<b>Palavras mais e menos associadas ao envelhecimento / profissão</b>			
<b>Palavras</b>	<b>Assistentes Sociais</b>	<b>Enfermeiros</b>	<b>Ajudantes Domiciliárias</b>
<b>Palavras mais associadas</b>	Sabedoria Tempo Livre	Experiência Família	Solidão Incapacidade Doença
<b>Palavras menos associadas</b>	Declínio Tristeza	_____	Tempo Livre
<b>Palavras mais e menos associadas ao envelhecimento / idade</b>			
<b>Palavras</b>	<b>Mais novos</b>	<b>Mais velhos</b>	
<b>Palavras mais associadas</b>	Tempo livre	Solidão	
<b>Palavras menos associadas</b>	Sexo	Família	
<b>Palavras mais e menos associadas ao envelhecimento / tempo de trabalho</b>			
<b>Palavras</b>	<b>Menor experiência de trabalho com idosos</b>	<b>Maior experiência de trabalho com idosos</b>	
<b>Palavras mais associadas</b>	_____	Solidão	
<b>Palavras menos associadas</b>	_____	Família	
<b>Palavras mais e menos associadas ao envelhecimento / escolaridade</b>			
<b>Palavras</b>	<b>Escolaridade Não Superior</b>	<b>Escolaridade Superior</b>	
<b>Palavras mais associadas</b>	Solidão Incapacidade Doença	Sabedoria Experiência Família Tempo livre	
<b>Palavras menos associadas</b>	Utilidade Tempo Livre	Declínio Tristeza	
<b>Palavras mais e menos associadas ao envelhecimento / contexto de actividade profissional</b>			
<b>Palavras</b>	<b>Meio Rural</b>	<b>Meio Urbano</b>	
<b>Palavras mais associadas</b>	_____	Saúde	
<b>Palavras menos associadas</b>	Família	Sexo	

## **2. ESCALA “IMAGES”**

A discussão dos dados obtidos pela Escala “ImAges” foi elaborada de acordo com as quatro dimensões em que foram agrupadas as imagens da velhice: “dependência, tristeza e antiquado”, “incompetência relacional e cognitiva”, “maturidade, actividade e afectividade” e “inutilidade”.

### **2.1. Tipos de Imagens da Velhice**

Ao analisar os resultados obtidos, verifica-se, de um modo geral, que nas dimensões/factores: “dependência, tristeza e antiquado”; “incompetência relacional e cognitiva”; e “inutilidade”, os inquiridos evidenciaram uma imagem pouco negativa da velhice. Os valores obtidos apontam assim, para afirmações ligadas a representações positivas deste fenómeno.

Por sua vez, na dimensão “maturidade, actividade e afectividade” os inquiridos revelaram uma imagem claramente positiva da velhice.

Segundo Berger e Mailloux-Poirier (1995, p.65) “Os idosos são extremamente sensíveis e vulneráveis à opinião dos outros e à atenção que estes dão aos seus feitos e aos seus gestos”. Assim, as atitudes, positivas ou negativas, revelam-se de grande importância, influenciando a percepção que as pessoas idosas têm delas próprias.

Os autores consideram ainda que, quando positivas, as representações podem ter efeitos benéficos sobre o idoso, melhorando a sua auto-imagem e promovendo uma visão mais positiva desta fase da vida, elevando as capacidades que foram adquirindo ao longo da sua existência, tal como, a sabedoria, a experiência, a sensatez e o conhecimento.

### **2.2. Comparação das Imagens de Velhice entre os Profissionais**

No que concerne às imagens de velhice por grupo profissional, verifica-se que as Ajudantes Domiciliárias evidenciaram uma imagem mais negativa da velhice, de maior **incompetência relacional e cognitiva** e de maior **inutilidade**, que os Assistentes Sociais e os Enfermeiros.

De acordo com Berger e Mailloux-Poirier (1995), os profissionais que encaram a velhice de forma positiva, encontram no envelhecimento certas vantagens (diminuição das responsabilidades do trabalho, possibilidade de desfrutar o tempo livre, mais

maturidade e sabedoria...) e tendem a complicar menos a vida, tal como esta se apresenta, apreciando-a e temendo menos o seu término.

De acordo com os autores (1995, p.63), “abundam hoje ideias feitas e preconceitos relativamente à velhice”.

No caso das Ajudantes Domiciliárias, são os aspectos mais negativos os mais exacerbados, salientando a inaptidão do idoso para se relacionar com os outros, bem como, limitações cognitivas e inutilidade.

Note-se porém, como foi possível verificar na revisão bibliográfica, a capacidade de aprendizagem não diminui com o envelhecimento, sendo que, a inteligência da maioria das pessoas amadurece com a idade. Este grupo profissional depara-se no seu quotidiano com quadros de demência graves, que condicionam a pessoa idosa na satisfação das necessidades básicas, o que pode fundamentar a imagem de incompetência cognitiva, todavia, estes sintomas patológicos, não deveriam ser confundidos com traços característicos da velhice.

Face ao exposto, considera-se que seria pertinente insistir na formação contínua, acerca do processo de envelhecimento normal, bem como, sobre as disfunções e patologias que podem ocorrer e as múltiplas potencialidades das pessoas idosas (Sousa, Figueiredo e Cerqueira, 2006).

Concluí-se assim, que as imagens da velhice são diferentes conforme o grupo profissional, assumindo um cariz mais negativo nas Ajudantes Domiciliárias, indo ao encontro dos resultados anteriormente obtidos, no Teste de Associação Livre de Palavras.

### **2.3. Relação das imagens da velhice com a idade e anos de experiência de trabalho com idosos**

Como refere Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2006), a concepção da velhice diverge de acordo com a idade de quem a define e com a maior ou menor proximidade desta etapa da vida.

Ao analisar a relação entre as imagens da velhice e a idade, observa-se correlação estatisticamente significativa ao nível da dimensão “inutilidade”, sendo os profissionais mais velhos, os que tendem a revelar esta imagem.

O idoso é deste modo, visto como alguém que já não tem algo útil para dar, colocando-se em causa o seu préstimo, enquanto transmissor de saber e conhecimento. O idoso, tendo a vantagem da vivência como aliada, pode tornar-se útil em diversos campos, contribuindo com o seu conhecimento cultural, profissional e

espiritual. Enquanto consumidor, este contribui também, para o desenvolvimento da economia.

Esta imagem revelada pelos profissionais mais velhos, coaduna-se com a perspectiva de Oliveira (2005), referindo que,

*uma das representações que se tem dos anciãos é que eles gastam e não produzem. Mas muitas vezes não é assim e, se não produzem mais, é porque não se lhes dá oportunidade. Porque não aproveitar mais os reformados convidando-os para tarefas onde se sentem competentes e onde poderiam ser muito úteis? Por exemplo, animar as crianças nos jardins infantis, tomar conta deles em casa particulares, os idosos mais novos animar os mais velhos do que eles nos lares de terceira idade, visitar os doentes, entre outras tarefas mais ou menos voluntárias ou remuneradas. (p.26)*

No que se refere ao tempo de trabalho na área da velhice, a imagem da velhice não é influenciada por esta particularidade.

#### **2.4. Imagens da Velhice em Função da Escolaridade**

Ao observar os resultados obtidos, pela comparação das imagens da velhice com a escolaridade, verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas nas dimensões: “dependência, tristeza e antiquado”; “incompetência relacional e cognitiva”; e “inutilidade”, sendo os profissionais com escolaridade não superior os que evidenciam uma imagem mais negativa da velhice.

Como se tem vindo a descrever ao longo do estudo, este grupo de respostas mostra, uma vez mais, a presença de representações sociais negativas relacionadas com a velhice.

A velhice é, assim, vista como um declínio inevitável de capacidades e faculdades, de dependência física e social, de degeneração e de inactividade.

As respostas obtidas reforçam a concepção de Fonseca (2006, p.28), que apresenta como um dos estereótipos comuns sobre a velhice, a adopção de comportamentos conservadores e resistência à mudança. “Os idosos são percebidos como tendo um poder de iniciativa limitado e dificuldade em abraçar novos projectos”.

Segundo Berger e Mailloux-Poirier (1995, p.67) “é verdade que as pessoas são mais estáveis quando envelhecem, mas os idosos não recusam totalmente a mudança. Quando surgem situações novas são capazes de se adaptar a elas, tal como as pessoas mais novas”.

À semelhança dos resultados obtidos através do Teste de Associação Livre de Palavras, a escolaridade influi, nitidamente, nas imagens que os profissionais revelam sobre a velhice, sendo que, os que possuem escolaridade não superior tendem a evidenciar imagens de cariz mais negativo.

Uma vez que, as representações dos profissionais reflectem-se, directa ou indirectamente, na qualidade do cuidar, torna-se neste contexto fundamental, investir na formação gerontológica.

## **2.5. Imagens da Velhice Consoante o Contexto de Actividade Profissional**

Ao analisar a relação entre as imagens e o contexto em que os inquiridos exercem a sua actividade profissional (rural ou urbano), não se observaram evidências de que o contexto afecte significativamente a imagem que eles têm sobre a velhice.

Conclui-se que as respostas dos inquiridos estão em consonância com a bibliografia consultada sobre as representações sociais geralmente relacionadas com a velhice.

De um modo geral, prevalecem as imagens positivas sobre esta fase da vida. Depreende-se porém, que as respostas dos Assistentes Sociais e Enfermeiros contemplam imagens mais positivas de velhice, denotando maior conhecimento acerca das capacidades adquiridas com o envelhecimento. As respostas das Ajudantes Domiciliárias e inquiridos com menor nível de escolaridade (não superior) demonstraram concepções mais negativas.

Os profissionais mais velhos também associaram a velhice à inutilidade (tabela 4).

**Tabela 4.** Síntese dos resultados obtidos pela Escala “ImAge”

<b>Tipos de Imagens de Velhice</b>	
<b>Dimensões</b>	<b>Tipos de Imagens</b>
1. Dependência, tristeza e antiquado 2. Incompetência relacional e cognitiva 4. Inutilidade	Imagem pouco negativa
3. Maturidade, actividade e afectividade	Imagem positiva
<b>Imagens de velhice por grupo profissional</b>	
<b>Dimensões</b>	<b>Profissionais</b>
2. Incompetência relacional e cognitiva 4. Inutilidade	Ajudantes Domiciliárias
<b>Imagens de velhice conforme a idade</b>	
<b>Dimensões</b>	<b>Idade</b>
4. Inutilidade	Profissionais mais velhos
<b>Imagens de velhice de acordo com a experiência de trabalho com a velhice</b>	
<b>Dimensões</b>	<b>Experiência</b>
Não existe relação significativa	
<b>Imagens de velhice conforme a escolaridade</b>	
<b>Dimensões</b>	<b>Escolaridade</b>
1. Dependência, tristeza e antiquado 2. Incompetência relacional e cognitiva 4. Inutilidade.	Escolaridade não superior
<b>Imagens de velhice de acordo com o contexto de actividade profissional</b>	
<b>Dimensões</b>	<b>Contexto</b>
Não existe relação significativa	

### **3. SUGESTÕES DE INTERVENÇÃO**

*“Que é, pois, ser velho na sociedade capitalista? É sobreviver. Sem projecto, impedido de lembrar e de ensinar, sofrendo as adversidades de um corpo que se desagrega à medida que a memória vai-se tornando cada vez mais viva, a velhice, que não existe para si, mas somente para o outro. E este outro é opressor.”*

*(Bosi, 2007, p.18)*

Como foi possível verificar anteriormente, as representações negativas complexificam a procura de soluções e a implementação de medidas adequadas à população idosa, assumindo efeitos nefastos para os próprios idosos e na forma como são apoiados.

Urge assim, o combate às representações sociais gerontofóbicas. Neste âmbito, torna-se fundamental uma reconstrução da visão do envelhecimento, promovendo um processo de valorização desta população, bem como, o desenvolvimento de actividades práticas com idosos, possibilitando através da convivência, entendê-los na sua heterogeneidade.

É primordial que a sociedade entenda e aceite o processo de envelhecimento, nos seus aspectos biológicos, psicológicos, sociais e culturais, com os seus ganhos e perdas, ultrapassando as ideias estereotipadas de que a velhice está associada à dependência e à falta de produtividade, instituindo um outro paradigma, que encare os idosos como participantes activos, de uma sociedade que integra o envelhecimento e que os considera contribuintes de desenvolvimento.

O respeito, a reciprocidade e a confiança são atitudes positivas essenciais perante as pessoas idosas, promovendo deste modo, a sua independência e auto-estima.

A nível político e social, é essencial a elaboração e implementação de planos de intervenção, que fomentem a relação e o espírito de solidariedade entre gerações e que assentem na promoção da imagem positiva do idoso; do seu potencial e da sua contribuição como membro da sociedade, destacando os seus valores, a sua experiência de vida e a sua sabedoria (Magalhães, 2008).

Por sua vez, os profissionais devem estabelecer uma relação com os idosos, desprovida de ideias preconcebidas e de representações negativas, a fim de se conseguir estabelecer um padrão de elevada qualidade de cuidados. Devem assim, procurar assumir metodologias de intervenção adaptadas às características individuais

deste grupo etário. Para o efeito, é primordial a constituição de profissionais especializados na intervenção junto desta população, assegurando uma assistência individualizada e ajustada às suas necessidades, bem como, apostar na formação contínua.

A escassa formação especializada nesta área, em Portugal, pode ser explicativa de algumas imagens com tendência negativa.

Reduzir a estigmatização implica, sobretudo, desenvolver programas de informação e de formação gerontológica para o público e os profissionais, visando mudar crenças e atitudes, enquanto, para mudar a discriminação, são necessárias acções no âmbito das leis e da justiça. Atingir estes objectivos envolve, rever as nossas atitudes e práticas, aumentar o conhecimento, evitar a exclusão, assegurar ao idoso os cuidados adequados e defender os seus direitos.

Considera-se ainda importante, o desenvolvimento de programas educativos, desde cedo, através da escola e ainda do maior contacto ou convívio entre novos e velhos, bem como, a inclusão nos livros didácticos de alfabetização, de ensinamentos de respeito pelos idosos, de forma a ir inculcando, desde a infância, o carinho devido aos de maior idade.

A criação de canais de comunicação difusores de imagens mais positivas, bem como, de denúncia e combate a maus-tratos, violência, exclusão e depreciação da população idosa são igualmente elementares. Estas medidas passam por um maior reconhecimento público do valor e sabedoria das pessoas idosas e pela alteração da actual forma de difusão dos média (televisão, rádio, internet, jornais e outros), excluindo conteúdos discriminatórios.

O envolvimento da comunidade científica, procurando desmistificar as concepções erróneas, através dos média, congressos, entre outros, seria também relevante. Sugerimos a concretização de estudos centrados nas representações sobre os idosos, dado que o envelhecimento da população é uma realidade, bem como, no sentido de serem identificadas necessidades, de se aplicarem medidas de suporte e/ou correctivas e de se determinar as áreas em que é preciso intervir.

## **CONCLUSÃO**

Para além das vertentes biológica e psicológica, o envelhecimento e a velhice são também determinados socialmente, variando de acordo com as percepções individuais e colectivas.

A edificação social da velhice e do processo de envelhecimento assume assim, um valor simbólico, que se modifica de acordo com os períodos históricos, com a estrutura social, cultural, económica e política de cada povo.

De acordo com vários estudos, as imagens que a sociedade tem do idoso são predominantemente negativas, baseando-se em estereótipos, mitos, crenças e preconceitos.

A representação leiga da velhice tende a conceber o idoso como inútil, isolado, em declínio biológico e mental, marcado por um tempo linear, com problemas de saúde e na maioria das vezes, dependente física e economicamente de alguém.

Estas concepções são o reflexo de alguns aspectos inerentes à velhice, tais como, a alteração da aparência física, as limitações físicas, a proximidade da morte; das imagens reproduzidas pela comunicação social, que levam a um reforço constante de que envelhecer é por si só um problema, mas também, do desconhecimento do processo de envelhecimento e da educação dos mais jovens.

É inegável que o envelhecimento é acompanhado por um conjunto de limitações, principalmente, relacionadas com o declínio das capacidades físicas, contudo, estas coexistem com aspectos positivos, tais como o conhecimento, a maturidade no domínio das situações e a experiência adquirida, nem sempre valorizados pela sociedade.

Neste contexto, foi possível verificar que, apesar de poderem ocorrer algumas circunstâncias físicas, psicológicas e sociais na velhice, estas não podem ser relacionadas com o envelhecimento, ou com a velhice, nem se podem constituir traços típicos deste grupo etário.

À força de serem transmitidas de geração em geração, as representações sociais negativas sobre a velhice ou envelhecimento, são geradores de stress e influenciam a percepção que as pessoas idosas têm de si próprias, afectando o seu equilíbrio físico, psíquico e social. Criam-se assim, nos idosos, sentimentos de inferioridade e inutilidade, que além de desmoralizantes podem promover o isolamento e a dependência.

As profissões que intervêm directamente com idosos sofrem a influência da

discriminação da sociedade em geral, visto estas serem um produto da sociedade onde se formaram. As representações que os profissionais detêm da velhice e do envelhecimento, assumem-se de grande relevância, na medida em que, influenciam a relação a estabelecer com este grupo social, podendo colocar em causa a qualidade dos serviços prestados.

Este estudo procurou conhecer as representações sociais (imagens) de velhice e envelhecimento, intrínsecas aos profissionais que intervêm com idosos, como é o caso dos Enfermeiros, dos Assistentes Sociais e das Ajudantes Domiciliárias.

Torna-se necessário salientar, que os resultados obtidos apenas dizem respeito aos participantes em estudo, no entanto, aspira-se que estes constituam um contributo para a reflexão e discussão dos profissionais sobre as suas representações face à velhice e envelhecimento e de como estas podem influenciar as suas práticas diárias, desmistificando preconceitos e sensibilizando para a mudança de mentalidades e comportamentos.

Em termos globais, foi possível constatar que as Ajudantes Domiciliárias, associaram palavras mais negativas ao envelhecimento, destacando a solidão (80%;  $p = 0.001$ ), a incapacidade (72.5%;  $p < 0.001$ ) e a doença (60%;  $p = 0.007$ ), enquanto os Enfermeiros evidenciaram a experiência (67%;  $p < 0.001$ ) e a família (30%;  $p = 0.038$ ) e os Assistentes Sociais, a sabedoria (62.5%;  $p = 0.003$ ) e o tempo livre (35%;  $p = 0.024$ ), mostrando deste modo, concepções mais positivas.

As ideias exteriorizadas pelas Ajudantes Domiciliárias poderão estar relacionadas com o facto da sua intervenção com a população idosa, incidir essencialmente, na prestação de cuidados básicos ocasionados por situações de dependência.

Constatou-se ainda, que a escolaridade assume particular relevância nas representações dos inquiridos sobre o processo de envelhecimento, na medida em que, os indivíduos com escolaridade não superior revelaram ideias mais negativas, associando o envelhecimento às palavras solidão ( $p = 0.001$ ), incapacidade ( $p < 0.001$ ) e doença ( $p = 0.009$ ); enquanto os de escolaridade superior evidenciaram os termos sabedoria ( $p = 0.001$ ), experiência ( $p < 0.001$ ), família ( $p = 0.022$ ) e tempo livre ( $p = 0.028$ ).

Os profissionais mais velhos também tendem a relacionar mais o envelhecimento à solidão ( $p = 0.002$ ) e menos à família ( $p = 0.016$ ), enquanto os mais novos relacionam-no mais ao tempo livre ( $p = 0.043$ ) e menos ao sexo ( $p < 0.001$ ).

Os profissionais mais velhos também tendem a revelar uma imagem de maior inutilidade da velhice ( $p = 0.038$ ).

Por sua vez, o tempo de trabalho na área da velhice e o contexto da actividade laboral, assumem pouca influência sobre as palavras mais e menos relacionadas pelos profissionais ao envelhecimento.

No que concerne às imagens da velhice, na análise dos factores, prevaleceram as imagens positivas sobre esta fase da vida.

As respostas das Ajudantes Domiciliárias demonstraram imagens mais negativas sobre a velhice, ligadas às dimensões “incompetência relacional e cognitiva” ( $p < 0.001$ ) e “inutilidade” ( $p = 0.002$ ).

Em conformidade com os resultados obtidos pelo Teste de Associação Livre de Palavras, a escolaridade também influencia as imagens de velhice, sendo os que não possuíam escolaridade superior, aqueles que manifestaram imagens mais negativas, ligadas às dimensões, “dependência, tristeza e antiquado” ( $p = 0.048$ ), “incompetência relacional e cognitiva” ( $p < 0.001$ ) e “inutilidade” ( $p < 0.001$ ).

Os profissionais mais velhos também associaram a velhice à inutilidade.

Quanto ao contexto de actividade (rural ou urbano) e ao tempo de trabalho com idosos, não ocorreram relações significativas com as imagens de velhice.

Insistir na informação, investindo na especialização gerontológica e na formação permanente é o caminho a seguir para erradicar representações sociais negativas sobre a velhice e o envelhecimento, induzindo os profissionais a repensar o modo como olham a pessoa idosa e a adequar a prática.

O idoso é muito mais do que um velhinho diminuído nas suas capacidades, é uma pessoa com sabedoria e com capacidade para ajudar e orientar os outros membros da sociedade.

Torna-se neste âmbito fundamental, modificar a forma como pensamos a velhice e o envelhecer, sendo que, uma educação da sociedade nesse sentido se faz necessária.

## **BIBLIOGRAFIA**

- Agreda, J. (1999). *Passado, presente e futuro da Enfermagem Gerontológica. In Idoso: Problemas e realidades.* pp. 23-40. Coimbra: Formasau.
- Barreto, A. (2003). *Novos retratos do meu país, 1999-2003.* Lisboa: Relógio d' Água.
- Barreto, J. (1984). *Envelhecimento e saúde mental. Estudo de epidemiologia psiquiátrica no concelho de Matosinhos.* Tese de Doutoramento. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto.
- Brito, L. (2002). *A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos.* Coimbra: Quarteto Editora.
- Beauvoir, S. (1990). *A Velhice.* (5ª Ed.). Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Berger, K. S. (2003). *O Desenvolvimento da Pessoa da Infância à Terceira Idade.* (5ª Ed.). Rio de Janeiro: LCT – Livros Técnicos e Científicos Editora S. A.
- Berger, L.; Mailloux-Poirier, D. (1995). *Pessoas idosas. Uma abordagem global.* Lisboa: Lusodidacta.
- Berta, M.; Carvalho, R. (2002). *Cuidados Continuados – Família, Centro de Saúde e Hospital, como Parceiros no Cuidar.* Coimbra: Edições Formasau.
- Bize, P. R.; Vallier, C. (1995). *Uma Vida Nova: a terceira idade.* Lisboa: Verbo.
- Bosi, Ecléa. (2007). *Memória e sociedade: lembranças de velhos.* (3ª Ed.). São Paulo: Companhia das Letras.
- Botelho, M. A. S. (1999). *Autonomia funcional em idosos – caracterização multidimensional em idosos utentes de um centro de saúde urbano.* Tese de Doutoramento. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa, Lisboa.

Botelho, M. (2007). *Idoso que Cuida de Idosa*. Tese de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Universidade do Porto. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Porto.

Caldas, C. (2006). *O desenvolvimento histórico e teórico da Gerontologia*. In Renato Veras e Roberto Lourenço (Org.), *Formação humana em Geriatria e Gerontologia: uma perspectiva interdisciplinar*. pp. 26-30. Rio de Janeiro: UnATI UERJ.

Campos, P. (2011). *Cuidado com os velhos*. Consultado a 21/06/2011. Disponível em: <http://portaldoenvelhecimento.org.br/noticias/artigos/cuidado-com-os-velhos.html>

Cardoso, Jorge. (2004). *Sexualidade e Envelhecimento*. Revista Sexualidade e Planeamento Familiar, 38/39, 7-13. Lisboa: Associação para o Planeamento da Família.

Castro C. (2007). *Representações Sociais dos Enfermeiros face ao Idoso, em contexto de prestação de cuidados*. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde. Universidade Aberta. Lisboa.

Catita P. (2008). *As Representações Sociais dos Enfermeiros do Serviço de Urgência Face ao Doente Idoso*. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde. Universidade Aberta. Lisboa.

Chapman, E. (2002). *Guia para Planear a Reforma: como Planear o Futuro e Viver a Vida em Plenitude*. Lisboa: Monitor Editora.

Cerqueira, A.; Oliveira, N. (2002). *Programa de Apoio a Cuidadores: uma Acção Terapêutica e Preventiva na Atenção à Saúde dos Idosos*. São Paulo: Psicologia USP. (on-line). Consultado a 03/04/2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-65642002000100007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642002000100007)

Collière, M. F. (1999). *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. (3ª Ed.). Lisboa: Lidel / Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

Correia, M. (2003). *Introdução à Gerontologia*. Lisboa: Universidade Aberta.

Correia, P. (2007). *Velhos são os trapos: mito ou realidade?* Portugal. (on-line). Consultado a 03/04/2011.

Disponível em: <http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/A0340.pdf>

Costa, M. (2002). *Cuidar Idosos: Formação, Práticas e Competências dos Enfermeiros*. Lisboa: Editora Formasau. Formação e Saúde.

Coutinho, C. (2011). *Métodos e Técnicas de Amostragem*. Universidade do Minho. Consultado a 14/07/2011. Disponível em:  
<http://claracoutinho.wikispaces.com/M%C3%A9todos+e+T%C3%A9cnicas+de+Amostragem>

Custódio, C. (2008). *Representações e vivências da sexualidade no idoso institucionalizado*. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde. Universidade Aberta. Lisboa.

*Dicionário Verbo: Língua Portuguesa*. (2006). Lisboa: Editorial Verbo.

Direcção – Geral de Saúde. (2000). *Conservar-se em Forma na Idade Avançada. Autocuidados na Saúde e na Doença, Guia para as Pessoas Idosas*. (3ª Ed.) n.º 1. Lisboa: Direcção – Geral de Saúde.

Direcção Regional de Estatística. (2001). *Estimativas da população residente e da população média, por distribuição geográfica, segundo o sexo; densidade populacional*. Consultado a 06/05/2011. Disponível em: [http://estatistica.gov-madeira.pt/index.php?option=com\\_demografia\\_ie&Itemid=223](http://estatistica.gov-madeira.pt/index.php?option=com_demografia_ie&Itemid=223)

*Estatuto Legal da Carreira dos Assistentes Sociais*. (2006). Proposta de Diploma da Associação Portuguesa de Serviço Social (APSS). Consultado a 28/05/2011. Disponível em:  
<http://molar.crb.ucp.pt/cursos/Licenciaturas/Servi%C3%A7o%20Social/1%C2%BA%20Ano/1%C2%BA%20Semestre/11OSS%20I/ESTATUTO%20LEGAL%20DA%20CARREIRA%20DOS%20ASSISTENTES%20SOCIAIS.pdf>

Fernandes, A. (1997). *Velhice e sociedade: Demografia, família e políticas sociais em Portugal*. Oeiras: Celta Editora.

Fernández-Ballesteros, R. (2000). *Gerontología Social*. Madrid: Ediciones Pirámide.

Fonseca, A. (2006). *O Envelhecimento, uma abordagem psicológica*. (2.<sup>a</sup> Ed.). Campus do Saber, 8. Lisboa: Edições Universidade Católica Portuguesa.

Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.

Fortin, M. (2003). *O Processo de Investigação: Da concepção à realização*. (3.<sup>a</sup> Ed.) Loures: Lusociência. Edições Técnicas e Científicas.

Guerra I. (2002). *Fundamentos e Processos de uma Sociologia de Acção - O Planeamento em Ciências Sociais*. (2.<sup>a</sup> Ed.). Cascais: Príncipia.

Gil, A. (2006). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. (5<sup>a</sup> Ed.) São Paulo: Editora Atlas.

Giulio Vicini (2004). *Velho Idoso*. Consultado a 05/08/2011. Disponível em: <http://www.portaldoenvelhecimento.org.br/acervo/opiniaio/opiniaio4.htm>

Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem: Pensamento e Acção na Perspectiva do Cuidar*. Loures: Lusociência.

Instituto Nacional de Estatística. (2001). *Recenseamento da população e da habitação (Portugal) – Censos 2001*. Lisboa: INE.

Instituto Nacional de Estatística. (2003). *Projeções de População Residente em Portugal – 2000-2050*. Lisboa: INE.

Jodelet, D. (2002). *Representações Sociais: um domínio em expansão*. In: Jodelet, D. (org) *As representações sociais*. Rio de Janeiro: EdUERJ.

Keyth P. (2008). *Assistência de Enfermagem ao Paciente Idoso*. Consultado a 29/04/2011. Disponível em:

<http://www.webartigos.com/articles/7415/1/Assistencia-De-Enfermagem-Ao-Paciente-Idoso/pagina1.html#ixzz1KvZZL5r6>

Magalhães, C. (2008). *Estereótipos Acerca das Pessoas Idosas em Estudantes do Ensino Superior, no Distrito de Bragança*. Tese de Doutoramento em Gerontologia Social. Universidade de Extremadura, Badajoz.

Mayán, J.M. (2000). *Gerontología Social*. Santiago de Compostela: Segra Ediciones.

Maroco, J. (2007). *Análise Estatística – Com utilização do SPSS*. (3ª Ed.). Lisboa: Edições Sílabo, Lda.

Martins, R. (2004). *Qualidade de vida dos idosos da região de Viseu*. Tese de Doutoramento. Departamento de Psicologia e Sociologia da Educação da Universidade da Estremadura, Badajoz.

Martins, R. (2006). *Envelhecimento e políticas sociais*. (on-line). pp.126-140. Viseu: Millenium 32. Consultado a 26/05/2011. Disponível em: <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium32/10.pdf>

Martins R.; Rodrigues M. (2004). *Estereótipos sobre idosos: Uma Representação Social Gerontofóbica*. Millenium. Revista do Instituto Superior Politécnico de Viseu. Ano 9. N.º 29. Consultado a 30/07/2011. Disponível em: <http://catbib.cm-beja.pt/MULTIMEDIA/ASSOCIA/CDU/316SOCIOLOGIA/ESTEREOTIPOS.PDF>

Melo, R. (2004). *O Processo de Luto, o Inevitável Percurso face à Inevitabilidade da Morte*. Socialgest. (on-line). Consultado a: 03/06/2011. Disponível em: <http://dspace.ist.utl.pt/bitstream/2295/165439/1/Luto.pdf>

Moniz, J. (2001). *A Enfermagem e a Pessoa Idosa: Contributos da Prestação de Cuidados para a Formação em Enfermagem*. Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação. Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade Nova de Lisboa. Lisboa.

Monteiro, M.; Santos, M. R. (2003). *Psicologia*. Porto: Porto Editora.

Moscovici, S. (2003). *Representações sociais: investigações em Psicologia Social*. Petrópolis: Vozes.

Nazareth, J. M. (2009). *Demografia: A Ciência da População*. (3ª Ed.). Lisboa: Editorial Presença.

Netto, A. J. (2004). Consultado a 14/03/2011.

Disponível em: [www.ciape.org.br/.../Livro\\_Ger\\_Bas\\_Demo\\_Fisiologia\\_Env.doc](http://www.ciape.org.br/.../Livro_Ger_Bas_Demo_Fisiologia_Env.doc)

Netto, M. P. (2002). *Gerontologia - A Velhice e o Envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Editora Atheneu.

Oliveira, J. H. B. (2005). *Psicologia do envelhecimento*. (2ª Ed.). Porto: Legis Editora/Livpsic

ONU - Segunda Assembleia Mundial Sobre o Envelhecimento. (2002). *População e envelhecimento: factos e números*. (on-line). Madrid: Consultado a 26/05/2011.  
Disponível em: <http://www.onuportugal.pt>

Osório, A. R.; Pinto, F. C. (2007). *As pessoas idosas: Contexto Social e Intervenção Educativa*. Lisboa: Instituto Piaget.

Paiva, V. (2011). *A velhice como face do desenvolvimento humano*. Fortaleza: NEHSC - Núcleo de Estudos de História Social da Cidade. Consultado a 03/08/2011.  
Disponível em: [http://www.nehscfortaleza.com/artigos\\_arquivos/artigo\\_039.htm](http://www.nehscfortaleza.com/artigos_arquivos/artigo_039.htm)

Paúl, M.; Fonseca, A. M. (2005). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores.

Paúl, M. (1996). *Psicologia dos Idosos – Envelhecimento em Meios Urbanos*. Braga: Sistemas Humanos e Organizacionais, Lda.

Paúl, M. (1997). *Lá para o fim da vida: idosos, família e meio ambiente*. Coimbra: Livraria Almedina.

Paulino, L. (2007). *Representações sociais de velhice, cegueira e direitos sociais em instituições especializadas em deficiência visual*. Dissertação de Mestrado em Serviço Social. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro.

Pestana, M. H.; Gageiro, J. N. (2005). *Análise de dados para Ciências Sociais – A Complementaridade do SPSS*. (4ª Ed.). Lisboa: Edições Sílabo, Lda.

*Plano Gerontológico da RAM: Viver mais, viver melhor: 2009-2013*. Funchal: Secretaria Regional dos Assuntos Sociais. Consultado a 14/03/2011.

Disponível em:

[http://sras.gov-](http://sras.gov-madeira.pt/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=27&Itemid=39)

[madeira.pt/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=27&Itemid=39](http://sras.gov-madeira.pt/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=27&Itemid=39) (Parte 1)

Polit, Denise F.; Hungler, Bernardette P. (2004). *Fundamentos de pesquisa em Enfermagem*. (5ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.

Portugal. Ministério da Saúde. (12 de Novembro de 1999). Despacho Normativo n.º 62/99: *Normas Reguladoras das Condições de Implantação, Localização, Instalação e Funcionamento do Apoio Domiciliário*. Diário da República n.º 264 Série I Parte B.

Quaresma, I. (2008). *O Significado que os Idosos Atribuem aos Cuidados de Enfermagem Domiciliários*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto. Porto.

Quaresma, M. (2009). *A formação gerontológica na Europa*. Consultado a: 14/03/2011.

Disponível em: <http://santascasasdamisericordia.blogspot.com/2009/01/formao-gerontologica-na-europa.html>.

Quivy; R.; Campenhoudt, L. (2003). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. (3ª ed.) Lisboa: Edições Gradiva.

Ramos, N. (2005). *Relações e solidariedades intergeracionais na família – dos avós aos netos*. In Revista Portuguesa de Pedagogia, 1, pp.195-216, Coimbra: UC.

Rebello, J. E. (2006). *Desatar o nó do Luto*. Cruz Quebrada: Casa das Letras/ Editorial Notícias.

Ribeiro, A. (2007). *Imagens da Velhice em Profissionais que Trabalham com Idosos*. Dissertação de Mestrado em Geriatria. Universidade de Aveiro. Secção Autónoma de Ciências da Saúde. Aveiro.

*Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE)*. (1996). Consultado a 03/04/2011. Disponível em:

<http://www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>

Santa Casa da Misericórdia de Santarém. (2004). *O Cuidar e o Prestador de Cuidados*. Consultado a 26/04/2011. Disponível em: <http://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/85/1/OCuidarEOPrestadorDeCuidados.pdf>

Schroots. J. J.; Birren, J. E. (2006). *Concepts of Time and Aging in Science*. In I. Birren, J. E. II. Schaie & K. Warner (Orgs.). *Handbook of the Psychology of Aging*. (6 ed.). pp. 45-64. London: Academic Press.

Sequeira, A.; Silva, M. N. (2002). *O bem-estar da pessoa idosa em meio rural*. Análise Psicológica. vol. 20, n.º 3, pp. 505-516. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Silva, M. (2004). *Processos de Luto e Educação*. Dissertação de Mestrado em Educação. Universidade do Minho. Instituto de Educação e Psicologia. Braga.

Simões, A. (2006). *A Nova Velhice*. Lisboa: Âmbar.

Simões, A. (1990). *Alguns Mitos e Estereótipos Respeitantes ao Idoso*. In *Revista Portuguesa de Pedagogia*. vol. 19, 2ª série / Ano XXIV, pp. 109-234. Coimbra.

Simões, R. (1998). *Corporeidade e terceira idade: a marginalização do corpo idoso*. (3ª Ed.). Piracicaba: Editora Unimep.

Sousa, L.; Figueiredo, D.; Cerqueira, M. (2006). *Envelhecer em família*. (2ª Ed.). Porto: Âmbar.

Vaz, E. (2008). *A Velhice na Primeira Pessoa*. Penafiel: Editorial Novembro.

Wikipédia. (2011). *Imagem*. Consultada a 25/05/2011. Disponível em:  
<http://pt.wikipedia.org/wiki/Imagem>

Zimerman, G. I. (2000). *Velhice, Aspectos Biopsicossociais*. Porto Alegre: Editora Artemed.

# **ANEXOS**

**ANEXO I - Instrumentos de Colheita de Dados**

## DOCUMENTO DE INFORMAÇÃO AO SUJEITO DA INVESTIGAÇÃO

*(Caro participante, leia por favor, com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido/a).*

### **NOME DE ESTUDO**

*“Representações Sociais de Velhice, em contexto de Prestação Formal de Cuidados”*

### **INVESTIGADOR**

Carina Faria

O envelhecimento populacional é um dos fenómenos mais importantes da actualidade. Assim torna-se fundamental estudar as imagens sociais da velhice e do processo de envelhecimento, uma vez que influenciam o bem-estar dos idosos, a prestação de serviços a esta população e a forma como os indivíduos percebem e preparam a sua futura velhice.

Gostaria de contar com a sua colaboração nesta investigação, levada a cabo no âmbito do Mestrado em Gerontologia, ministrado pela Universidade da Madeira.

As suas respostas serão confidenciais.

### **QUAL É O OBJECTIVO DESTE ESTUDO?**

Com o estudo pretende-se identificar e compreender os significados de velhice como construção social nos diferentes profissionais que trabalham com idosos, em meio rural e em meio urbano (Técnicos de Serviço Social; Enfermeiros e Ajudantes Domiciliárias).

### **O QUE É QUE ESTE ESTUDO ENVOLVE?**

Ser-lhe-á pedido para responder a um Questionário e a uma Escala de Imagens sobre a Velhice (*“Escala ImAges”* de Sousa, Cerqueira & Galante, 2002).

As questões visam:

- Identificar e compreender os significados de velhice;
- Analisar como as imagens de velhice variam de acordo com algumas variáveis: género, idade, escolaridade, profissão, anos de experiência de trabalho com idosos; contexto do desempenho profissional (em meio rural ou urbano).

O tempo de preenchimento é estimado em 10 minutos.

### **A QUEM É PEDIDO PARA PARTICIPAR NESTE ESTUDO?**

A população alvo de estudo, são os profissionais cuja intervenção abrange a população idosa, das áreas de Serviço Social, Enfermagem e Ajuda Domiciliária.

### **EXISTEM RISCOS NESTA PARTICIPAÇÃO?**

Não existem riscos associados ao preenchimento dos questionários para este estudo.

### **EXISTEM BENEFÍCIOS POR PARTICIPAR?**

Não irá receber nenhum benefício imediato por participar neste estudo. No entanto, a informação recolhida no estudo contribuirá para a identificação de necessidades de intervenção, organização de metodologias e implementação de medidas, que contribuam para a adequação e melhoria da prática gerontológica.

### **QUEM TERÁ ACESSO À MINHA INFORMAÇÃO?**

É possível que a informação deste estudo seja divulgada e/ou publicada no futuro. Neste caso, a sua identidade será confidencial e não será revelada na divulgação. No final do estudo, todos os questionários serão destruídos.

### **EXISTEM CUSTOS ENVOLVIDOS?**

A sua participação não envolve quaisquer encargos ou despesas da sua parte, com excepção do tempo necessário para o preenchimento dos questionários.

### **QUAIS SÃO OS MEUS DIREITOS?**

A sua participação neste estudo é inteiramente voluntária. Pode recusar participar neste estudo ou desistir em qualquer altura, sem qualquer prejuízo pessoal ou profissional.

### **A QUEM POSSO CONTACTAR SE TIVER ALGUMA QUESTÃO OU PREOCUPAÇÃO?**

Se tiver alguma dúvida sobre a investigação, ou sobre os seus direitos como participante, pode contactar:

Carina Faria

Telef. 967187801

Email: carina\_faria7@hotmail.com

## TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Estes questionários visam constituir-se instrumentos de avaliação da investigação "*Representações Sociais de Velhice, em Contexto de Prestação Formal de Cuidados*", levada a cabo por Carina Faria, no âmbito do Mestrado em Gerontologia, desenvolvido pela Universidade da Madeira.

Solicita-se o seu consentimento por escrito, como aceita participar neste estudo.

Dou o meu consentimento para a recolha de informação e autorizo o processamento anónimo de dados a meu respeito, para fins de avaliação científica.

Li e compreendi a explicação dada sobre a pesquisa.

Estou consciente da minha participação no estudo e sei que posso desistir a qualquer momento, sem qualquer prejuízo pessoal ou profissional.

As minhas questões foram satisfatoriamente respondidas e tive tempo suficiente para decidir sobre a minha participação.

Irei receber uma cópia deste documento de consentimento informado assinada e datada.

..... (local), ...../...../..... (data)

(Assinatura) x .....

A responsável pela investigação,

..... (local), ...../...../..... (data)

(Assinatura) x .....

Grata pela sua colaboração.



### ESCALA DE IMAGENS DA VELHICE (Sousa, Cerqueira e Galante, 2004)

Por favor, responda às questões utilizando a grelha seguinte. Coloque um (X) no número que corresponde à sua opinião.

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

		1	2	3	4	5
1	Uma pessoa velha não cuida do seu aspecto físico					
2	A velhice pode ser boa ou má, dependendo dos que nos rodeiam ( amigos, família)					
3	Uma pessoa velha é triste e amargurada					
4	A velhice é uma fase da vida especialmente difícil ( aproximação da morte, doenças, solidão, ...)					
5	Uma pessoa velha tem menos responsabilidades e obrigações					
6	Uma pessoa velha vive das suas recordações ( repete sempre as histórias do passado)					
7	Uma pessoa velha sente muitas dores físicas					
8	Uma pessoa velha geralmente é pobre					
9	Uma pessoa velha tem um discurso incoerente					
10	Uma pessoa velha não admite os seus erros					
11	Uma pessoa velha sente menos as emoções ( alegria, tristeza, ansiedade, amor, ... )					
12	Uma pessoa velha é doente ( tem pouca saúde física e psicológica)					
13	A velhice é uma segunda infância					
14	Uma pessoa velha não reconhece que precisa de ajuda					
15	Uma pessoa velha é egoísta					
16	Uma pessoa velha tem pouca criatividade					
17	As pessoas velhas são todas iguais					
18	Uma pessoa velha não domina as novas tecnologias					
19	A velhice é a fase da deterioração das capacidades físicas					
20	Uma pessoa velha tem conhecimentos que já não interessam aos outros					
21	Uma pessoa velha precisa de muito descanso					
22	Uma pessoa velha precisa que tenham paciência com ela					
23	Uma pessoa velha já deu o seu contributo ( bom ou mau) ao mundo					
24	Uma pessoa velha sente-se bonita					
25	Uma pessoa velha é inútil, parada e preguiçosa					
26	Uma pessoa velha tem vontade de viver					
27	A velhice é um a fase da vida especialmente boa ( mais maturidade, tempo para desfrutar a alegria e a felicidade)					
28	Uma pessoa velha é um a pessoa amorosa e carinhosa					
29	Uma pessoa velha continua a ter uma vida normal					
30	Uma pessoa velha é dependente e por isso precisa da ajuda dos outros					
31	Uma pessoa velha é aborrecida, rabugenta, teimosa					
32	Uma pessoa velha é activa e esforça – se por assim continuar					

**ANEXO II - Pedidos de Autorização para Aplicação de Instrumentos de Colheita de Dados**

Boa tarde Doutora Margarida Cerqueira,

Eu, Carina Faria, Licenciada em Serviço Social, pela Universidade dos Açores, a exercer funções de Directora Técnica do Serviço de Ajuda Domiciliária do Centro Social e Paroquial de São Bento da Ribeira Brava (Região Autónoma da Madeira), venho por este meio solicitar-vos autorização para a utilização do instrumento: **Escala de Imagens da Velhice** (Sousa, Cerqueira & Galante, 2002), visando o desenvolvimento de projecto de investigação, no âmbito do Mestrado em Gerontologia com Especialidade em Gerontologia Social, ministrado pelo Centro de Competências de Tecnologias da Saúde da Universidade da Madeira.

Na dissertação que me proponho desenvolver no âmbito do mestrado, com o tema - REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE VELHICE, EM CONTEXTO DE PRESTAÇÃO FORMAL DE CUIDADOS pretendo:

- Aprofundar o conhecimento das imagens da velhice e envelhecimento em grupos profissionais directamente envolvidos nos cuidados sociais e de saúde a pessoas idosas, como é o caso dos Técnicos de Serviço Social, os Enfermeiros e Ajudantes Domiciliárias.
- Analisar como as imagens de velhice variam de acordo com algumas variáveis: género, idade, escolaridade, anos de experiência de trabalho com idosos; contexto do desempenho profissional (em meio rural: Concelho da R. Brava, e urbano: Concelho do Funchal).

Ambiciona-se fundamentalmente, identificar necessidades de formação dos profissionais sobre o processo de envelhecimento, de organização de metodologias de intervenção, de definição de boas práticas e implementação de medidas, visando a melhoria contínua da intervenção gerontológica e a optimização de recursos.

Face ao exposto, resta-me ainda pedir-lhe o respectivo instrumento, bem como, informação sobre as regras de cotação e aplicação.

Sem mais de momento, agradeço desde já a sua atenção e a disponibilidade prestada.

Em caso de qualquer dúvida deixo os meus contactos:

Carina Maria Santos Faria / Email:carina\_faria7@hotmail.com/ Telm. 967187801

Com os melhores cumprimentos.

Carina Faria

Exma. Senhora  
Presidente do Conselho Directivo  
do Centro de Segurança Social da Madeira  
Dra. Maria Bernardete Olival Pita Vieira  
Rua Elias Garcia n.º 14  
9054-503, Funchal

**ASSUNTO:** Solicitação de autorização para aplicação de questionários no âmbito de projecto de investigação.

Eu, Carina M. Santos Faria, a exercer funções como Directora Técnica do Serviço de Ajuda Domiciliária do Centro Social e Paroquial de São Bento da Ribeira Brava, pretendo desenvolver um projecto de investigação, com o tema "*Representações Sociais de Velhice, em Contexto de Prestação Formal de Cuidados*", no âmbito do Mestrado em Gerontologia, ministrado pela Universidade da Madeira, sob orientação da Professora Doutora Helena Jardim.

Com a investigação, pretende-se:

- Conhecer as imagens da velhice e envelhecimento em diferentes grupos profissionais.
- Analisar como as imagens de velhice variam de acordo com algumas variáveis: género, idade, profissão, escolaridade, anos de experiência de trabalho com idosos; contexto do desempenho profissional (em meio rural e urbano).

Ambiciona-se fundamentalmente contribuir para a qualidade e melhoria contínua da intervenção gerontológica.

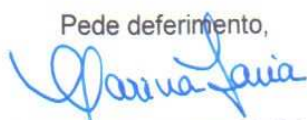
Pelo exposto, venho por este meio solicitar-vos autorização para proceder à recolha das opiniões sobre este assunto, através da aplicação de questionários aos Técnicos de Serviço Social e Assistentes Operacionais do Centro de Segurança Social da Madeira, envolvidos nos cuidados sociais a pessoas idosas.

Em anexo segue comprovativo de frequência de Mestrado e investigação a desenvolver, emitido pela Universidade da Madeira.

Sem outro assunto de momento, agradeço desde já a sua atenção e colaboração.

Com os melhores cumprimentos.

Ribeira Brava, 26 de Novembro de 2010

Pede deferimento,  
  
(Carina M. Santos Faria)

**ENTRADA**  
**E.A073976 / 5** 2010/12/10

Exmo. Senhor  
Senhor Presidente do Conselho de  
Administração do SESARAM, EPE  
Dr. António João Prado Almada Cardoso  
Avenida Luís de Camões, n.º 57  
9004-514 Funchal

**ASSUNTO:** Solicitação de autorização para aplicação de questionários no âmbito de projecto de investigação

Na sequência de ofício enviado a V. Exa. a 03 de Dezembro de 2010, solicitando autorização para aplicação de inquéritos por questionário, nos Centros de Saúde da Ribeira Brava e de Santo António, visando o desenvolvimento de projecto de investigação no âmbito do Mestrado em Gerontologia, ministrado pela Universidade da Madeira, venho por este meio, rectificar o seguinte:

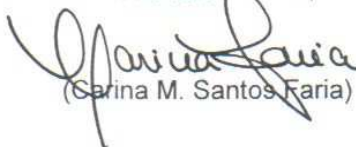
Atendendo que se pretende conhecer as imagens de velhice e envelhecimento em diferentes grupos profissionais (Enfermeiros; Técnicos de Serviço Social; Ajudantes Domiciliárias), comparando estes conceitos em meio rural e urbano, e após informação da Direcção Regional de Estatística, de que a Freguesia da Ribeira Brava, de acordo com a sua densidade populacional, não pode ser considerada área rural, solicita-se autorização para aplicação dos respectivos questionários a 20 Enfermeiros do Centro de Saúde de S. Vicente (contexto rural)-e a 20 Enfermeiros do Centro de Saúde de Santo António (contexto urbano).

Sem outro assunto de momento, agradeço desde já a sua compreensão e colaboração.

Com os melhores cumprimentos.

Ribeira Brava, 10 de Dezembro de 2010

Pede deferimento,

  
(Carina M. Santos Faria)

Exmo. Sr.  
Presidente do Centro Social e Paroquial de  
São Bento da Ribeira Brava  
Sr. Padre José Bernardino de Abreu Trindade  
Rua do Visconde n.º 10  
9350-213, Ribeira Brava

**ASSUNTO:** Solicitação de autorização para aplicação de questionários no âmbito de projecto de investigação.

Eu, Carina M. Santos Faria, pretendo desenvolver um projecto de investigação, com o tema "*Representações Sociais de Velhice, em Contexto de Prestação Formal de Cuidados*", no âmbito do Mestrado em Gerontologia, ministrado pela Universidade da Madeira, sob orientação da Professora Doutora Helena Jardim.

Com a investigação, pretende-se:

- Conhecer as imagens da velhice e envelhecimento em diferentes grupos profissionais.
- Analisar como as imagens de velhice variam de acordo com algumas variáveis: género, idade, profissão, escolaridade, anos de experiência de trabalho com idosos; contexto do desempenho profissional (em meio rural e urbano).

Ambiciona-se fundamentalmente contribuir para a qualidade e melhoria contínua da intervenção gerontológica.

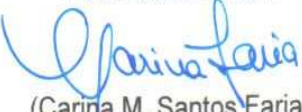
Pelo exposto, venho por este meio solicitar-vos autorização para proceder à recolha das opiniões sobre este assunto, através da aplicação de questionários aos Técnicos de Serviço Social e Ajudantes de Acção Directa, do Centro Social e Paroquial de São Bento, envolvidos nos cuidados sociais a pessoas idosas.

Em anexo segue comprovativo de frequência de Mestrado e investigação a desenvolver, emitido pela Universidade da Madeira.

Sem outro assunto de momento, agradeço desde já a sua atenção e colaboração.

Com os melhores cumprimentos.

Ribeira Brava, 26 de Novembro de 2010

Pede deferimento,  
  
(Carina M. Santos Faria)

**ANEXO III - Autorizações - Aplicação de Instrumentos de Colheita de Dados**

## RE: Pedido de Autorização para Utilização de Escala

De: **Carina Faria** . (carina\_faria7@hotmail.com)  
Enviada: segunda-feira, 29 de novembro de 2010 18:06:24  
Para: mcerqueira@ua.pt

Boa Tarde Doutora Margarida Cerqueira  
Agradeço a autorização para a utilização da Escala ImAge e cedência do respectivo instrumento, assim como, os esclarecimentos prestados quanto à sua aplicação.  
Manifesto ainda o meu apreço pela disponibilidade, perante eventual necessidade de outros esclarecimentos.  
Com os melhores cumprimentos,  
Carina Faria :)

---

From: mcerqueira@ua.pt  
To: carina\_faria7@hotmail.com  
Subject: RE: Pedido de Autorização para Utilização de Escala  
Date: Fri, 26 Nov 2010 17:15:20 +0000

Cara Carina,

É com todo o gosto que disponibilizamos e autorizamos a utilização do instrumento, a Escala ImAge (que segue em anexo).

A sua administração não implica um tempo determinado, mas sim o que necessitar de modo a que todos os itens sejam respondidos pelos inquiridos. É uma escala tipo *Likert* 5 pontos, onde 1. Discordo totalmente a 5. Concordo totalmente. Poder-se-á proceder por auto-preenchimento, ou então, no caso de inquiridos analfabetos ou que tenham dificuldades (como visuais), por entrevista.

Os dados recolhidos foram codificados, informatizados e sujeitos a tratamento estatístico através do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) (não existe uma grelha de cotação). No nosso caso (amostra constituída por 800 inquiridos), seleccionou-se uma construção factorial de 3 componentes, ou seja, emergiram, 3 factores. Posteriormente, para se compreender a interacção entre os factores e a formação de grupos de imagens do envelhecimento e da velhice, procedeu-se à análise de clusters (K-means, squared Euclidean distance), onde, no nosso caso, também emergiram 3 clusters ou imagens.

Caso necessite de mais alguma informação, disponha, seja no que concerne à escala seja quanto ao tema que está a desenvolver.

Votos de um bom trabalho,  
Atenciosamente,  
Margarida Cerqueira

---

**De:** Carina Faria . [mailto:carina\_faria7@hotmail.com]  
**Enviada:** quarta-feira, 24 de Novembro de 2010 12:46  
**Para:** mcerqueira@essua.ua.pt; mcerqueira@ua.pt  
**Assunto:** Pedido de Autorização para Utilização de Escala



SEGURANÇA SOCIAL

C.S.S. Madeira  
Saída n. 6821/1, 25-01-2011



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

Exma. Senhora  
Dra. Carina M. Santos Faria  
Rua da Igreja n.º 18  
9325-122 Jardim da Serra

Sua Referência      Sua Comunicação      Nossa Referência      Data:  
de  
**D.S.Prest.A.S.**

Assunto: Solicitação de autorização para aplicação de questionários

Na sequência do ofício remetido por V.<sup>a</sup> Ex.<sup>a</sup>, com entrada n.º 95667 neste Centro, a 15/12/2010, em que solicita autorização para a aplicação de questionários no âmbito do projecto de investigação, do Mestrado em Gerontologia, somos de parecer favorável à sua concretização.

Para a sua implementação, deverá contactar a Chefe de Divisão da Ajuda Domiciliária (Maria Carlos Leitão, através do telefone 291 205144) que ficará responsável pela articulação com as chefias das outras unidades orgânicas para a distribuição e posterior recolha dos questionários.

Com os melhores cumprimentos,

A Vogal do Conselho Directivo

(Maria Fernanda Fernandes Gomes)

C/C

Direcção de Enfermagem do SESARAM, E.P.E.

Exma. Senhora  
Enf.<sup>a</sup> Carina M. Santos Faria  
Carina\_faria7@hotmail.com

Sua referência

Sua comunicação

N/Ofício

Serviço de Saúde da RAM, E.P.E.

10.12.2010

**SAÍDA**

S.1103614 / 5 2011/03/07

**Assunto: PEDIDO DE APLICAÇÃO DE QUESTIONÁRIOS**

Relativamente ao pedido de autorização para aplicar questionários aos enfermeiros do Centro de Saúde de S. Vicente e do Centro de Saúde de Santo António, em vez de aplicá-los aos enfermeiros do Centro de Saúde da Ribeira Brava, no âmbito do Estudo subordinado ao tema “Representações Sociais de Velhice, em Contexto de Prestação Formal de Cuidados”, do seu Mestrado de Gerontologia, na UMa, informo V. Ex.<sup>a</sup>. que o mesmo foi autorizado pelo Conselho de Administração em 04.03.2011, após parecer da Comissão de Ética para a Saúde, do qual se junta fotocópia.

Com os melhores cumprimentos.

 Presidente do Conselho de Administração

António Almada Cardoso

FA



REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA  
SERVIÇO DE SAÚDE DA REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA, E.P.E.

Comissão de Ética para a Saúde  
do  
SESARAM,EPE

Parecer nº 10/2011

**O Pedido:**

Recebido do Conselho de Administração para parecer, pedido de autorização de Carina M. Santos Faria, Técnica a exercer funções no Lar de S. Bento, para aplicar questionários aos enfermeiros do Centro de Saúde de S. Vicente e do Centro de Saúde de Santo António, em vez de aplicá-los aos enfermeiros do Centro de Saúde da Ribeira Brava, no âmbito do Estudo subordinado ao tema "Representações Sociais de Velhice, em Contexto de Prestação Formal de Cuidados", do seu Mestrado de Gerontologia, na UMA.

**Parecer:**

A CES/SESARAM,EPE, organizada e a funcionar de acordo com os requisitos das Normas da Boa Prática Clínica (ICHGCP *Guidelines*) e da legislação nacional em vigor (Dec. Lei nº 97/95, de 10 de Maio), composta por Dr. Edward Maul, Médico e Presidente, Dr. Ricardo Santos, Médico, Dr<sup>a</sup> Joana Dias, Juíza, Dr. Emanuel Gomes, Psicólogo, Dr<sup>a</sup> Raquel Tranquada, Médica, Dr. José Manuel Freitas, Teólogo e Enfermeira Isabel Santos, na sua reunião de 08 de Fevereiro de 2011, decidiu, por unanimidade, dar parecer favorável ao pedido acima identificado, por se tratar apenas de troca de local onde se aplicarão os questionários, tendo o pedido de autorização de realização do Trabalho já sido objecto de parecer favorável (Parecer Nº 94/2010), em reunião anterior.

Funchal, 21 de Fevereiro de 2011

O Presidente da CES

(Edward Richard Maul)





**Centro Social e Paroquial de São Bento da Ribeira Brava**

Exma. Senhora  
Dra. Carina M. Santos Faria  
Rua da Igreja n.18  
9325-122 Jardim da Serra

**Sua Referência**

**Nossa Referência**

**Ribeira Brava, 02 de Março de 2011**

**Ofício N.º 37/11**

**ASSUNTO:** Autorização para aplicação de questionários.

Na sequência do ofício remetido por V.<sup>a</sup> Ex.<sup>a</sup>, a 26/11/2010, em que solicita autorização para aplicação de questionários, no âmbito de projecto de investigação, do Mestrado em Gerontologia, somos de parecer favorável à sua concretização.

Com os melhores cumprimentos.

Pel' a Direcção

O Presidente

