



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
PORTUGUESA

BRAGA

Estudo sobre as representações sociais do envelhecimento
ativo: comparação entre idosos e cuidadores formais

Dissertação de Mestrado apresentada à
Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em **Psicologia
Clínica e da Saúde.**

Ana Rita Neves Pereira

Faculdade de Filosofia e Ciências Sociais

DEZEMBRO 2020



CATÓLICA
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS SOCIAIS

BRAGA

Estudo sobre as representações sociais do envelhecimento ativo: comparação entre idosos e cuidadores formais

Dissertação de Mestrado apresentada à
Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em **Psicologia
Clínica e da Saúde**.

Ana Rita Neves Pereira

Sob a Orientação da Prof.^a Doutora **Ângela Sá
Azevedo**

Agradecimentos

Todo o caminho por mim percorrido ao longo desta jornada, no âmbito da área da Psicologia Clínica e da Saúde, proporcionou-se como um percurso permeado por inúmeros desafios, incertezas, angústias e alegrias. Emoções e sentimentos a que todo o investigador está destinado e que, por sua vez, reúne contributos de várias pessoas, contributos estes imprescindíveis a fim de alcançar o melhor rumo em cada momento desta caminhada e a quem dedico especialmente esta investigação.

Dirijo-me, assim, com grande prezar e reconhecimento à minha orientadora, Professora Doutora Ângela Sá Azevedo, que sempre acreditou em mim, proporcionando-me uma vasta gama de conhecimentos adquiridos durante o processo de orientação, com grande dedicação, pautada por uma visão crítica e oportuna atendendo a um rigoroso nível científico que contribuiu para o enriquecimento do conteúdo presente na dissertação.

À minha Mãe, Ana, fico-lhe eternamente grata pelo encorajamento, motivação e força nos momentos árduos desta jornada, bem como pelo incentivo em concluir este percurso. Obrigada Mãe por nunca me deixares desamparada, por seres a primeira a acreditar em mim e por contribuíres tanto para que fosse possível eu me tornar mestre em Psicologia Clínica e da Saúde.

Ao meu irmão, Francisco, sinto-me grata pela total disponibilidade e discurso encorajador nos momentos mais difíceis. Agradeço-lhe por tudo o que me ensinou e tem vindo a ensinar durante o percurso da vida, por ser um exemplo para mim, por me valorizar e acreditar em mim, quando eu mesma não o faço. Obrigada por seres o meu porto de abrigo.

Aos meus avós, Fátima e Manuel, que sempre estiveram presentes neste longo percurso, agradeço-lhes pela paciência, por todo o amor e carinho que sempre demonstraram por mim.

À minha prima, Bruna, que apesar dos seus dezasseis anos, esteve sempre ao meu lado demonstrando dedicação, disponibilidade e apoio. Obrigada pelas conversas, pelo suporte e por seres a boa ouvinte que és.

Às melhores amigas que a faculdade me deu, Regina e Rosa, agradeço-lhes por todo o companheirismo, dedicação e valores que demonstraram para comigo e por fazerem parte desta caminhada, lado a lado. Obrigada pela nossa amizade.

A todas as pessoas e família que contribuíram para a concretização desta dissertação, intelectual e emocionalmente, um marcante agradecimento.

Resumo

Atendendo ao aumento da esperança média de vida e ao acentuado envelhecimento populacional, a presente investigação, realizado no âmbito do 2ºano do Mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde, pretende realizar um estudo comparativo entre as representações sociais do envelhecimento ativo de 45 idosos institucionalizados em lares de acolhimento no distrito de Braga e de 45 cuidadores formais dos mesmos.

Foram utilizados os seguintes instrumentos: Questionário Sociodemográfico, Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional de Idosos (OARS) (Fillenbaum & Smyer, 1981), Questionário Atitudes face ao Envelhecimento, versão curta (AAQ-12) (Laidlaw, Kishita, Shenkin, & Power, 2018) e Escala de Atitudes de Kogan para com as Pessoas Idosas (AKPI) (Kogan, 1961). A implementação e recolha dos dados realizou-se durante os meses de Fevereiro e Março, tendo as mesmas sido suspensas devido às circunstâncias inerentes à pandemia Covid-19, e posteriormente retomadas no mês de Julho. A análise da informação recolhida foi desenvolvida através do programa de tratamento estatístico IBM SPSS, versão 23.

Os resultados permitiram concluir diferenças significativas entre as representações sociais do envelhecimento ativo dos idosos e seus cuidadores formais, bem como uma relação significativa entre as representações sociais dos cuidadores formais e o tempo de prestação de serviços de cuidados dos mesmos. Verificou-se que variáveis sociodemográficas como o género e o nível escolar não estavam relacionadas com as representações sociais do envelhecimento ativo. Em contrapartida, foi encontrada uma associação negativa entre duas dimensões das representações sociais do envelhecimento ativo e a idade dos idosos.

Palavras-chave: Representações sociais, envelhecimento ativo, idosos, cuidadores formais.

Abstract

Considering the increase in life expectancy and the steep ageing of the population, the current investigation, carried out under the framework of the 2nd year of Masters in Clinical Psychology and Health, intends to carry out a comparative study the social representations of active ageing of 45 elderly institutionalized in nursing homes in the Braga District and 45 formal caregivers of them.

The following instruments were used: Sociodemographic Questionnaire, the Functional Geriatric Evaluation of the Elderly questionnaire (OARS) (Fillenbaum & Smyer, 1981), the Attitudes to Ageing Questionnaire, short version (AAQ-12) (Laidlaw, Kishita, Shenkin, & Power, 2018) and the Kogan Attitude toward Old People Scale (AKPI) (Kogan, 1961). The implementation and data collection took place during the months of February and March and was suspended thereafter because of the circumstances of the Covid-19 pandemic, having been subsequently resumed in July. The analysis of the collected data was developed through the program of statistical data processing IBM SPSS, version 23.

These results allowed for the conclusion that there are differences between the social representations of active ageing in the elderly and their formal caregivers, as well as a significant relationship between the social representations of formal caregivers and their time and experience as healthcare providers. It was also verified that sociodemographic variables, such as gender and school level qualifications, were not related to social representations of active ageing. Conversely, a negative association was observed between two dimensions of social representations of active ageing and the age of the elderly.

Keywords: Social representations, active aging, elderly, formal caregivers.

Índice

Introdução.....	8
1. Enquadramento teórico.....	10
1.1. Envelhecimento ativo.....	10
1.1.1 Determinantes e modelos subjacentes ao envelhecimento ativo.....	11
1.1.2. Definição do conceito de aprendizagem ao longo da vida.....	18
1.2. Representações sociais percebidas do envelhecimento ativo.....	19
1.3. Estudos sobre representações sociais do envelhecimento ativo em função das variáveis sociodemográficas.....	22
2. Estudo empírico.....	30
2.1. Método e desenho de estudo.....	30
2.3. Hipóteses.....	30
2.4. Descrição da Amostra.....	31
2.5. Instrumentos.....	33
2.6. Procedimentos.....	38
3. Resultados.....	40
4. Discussão dos resultados.....	54
Conclusão.....	59
Referências bibliográficas.....	62

Índice de tabelas

Tabela 1: Descrição da amostra.....	32
Tabela 2: Média e Desvio Padrão do AAQ para as diferentes subescalas no presente estudo.....	41
Tabela 3: Média e Desvio Padrão do AKPI para as diferentes subescalas no presente estudo.....	41
Tabela 4: Média e Desvio Padrão do OARS para as diferentes subescalas no presente estudo.....	42

Tabela 5: Representações sociais do envelhecimento ativo e idade dos idosos.....	43
Tabela 6: Representações sociais do envelhecimento ativo e idade dos cuidadores formais	44
Tabela 7: Representações sociais do envelhecimento ativo e género dos idosos.....	46
Tabela 8: Representações sociais do envelhecimento ativo e género dos cuidadores formais	47
Tabela 9: Representações sociais do envelhecimento ativo e nível escolar dos idosos....	48
Tabela 10: Representações sociais do envelhecimento ativo e nível escolar dos cuidadores formais.....	49
Tabela 11: Representações sociais do envelhecimento ativo dos cuidadores formais e tempo de serviço de prestação de cuidados.....	50
Tabela 12: Comparações múltiplas: notas de Scheffe.....	51
Tabela 13: Correlações entre as representações sociais do envelhecimento ativo dos idosos e cuidadores formais (subescalas/áreas do AAQ e AKPI).....	53

Índice de anexos

Anexo 1: Pedido de autorização para a recolha de dados.....	74
Anexo 2: Consentimento informado	75
Anexo 3: Questionário Sociodemográfico.....	76
Anexo 4: Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional de Idosos (OARS) (1981).....	78
Anexo 5: Atitudes face ao Envelhecimento, versão curta (AAQ-12) (2018).....	85
Anexo 6: Escala de Atitudes de Kogan para com as Pessoas Idosas (AKPI) (1961)	86

Introdução

O envelhecimento da população tem vindo a ser destacado como um dos problemas predominantes do século XXI (Cabral, Ferreira, Silva, Jerónimo, & Marques, 2013). Portugal, à semelhança de outros países da União Europeia, apresenta um aumento significativo no número de idosos, dado o envelhecimento da população ser considerado “um dos fenómenos demográficos mais preocupantes nas sociedades modernas” (Instituto Nacional de Estatística, 2012).

Atualmente, a sociedade portuguesa traduz-se numa sociedade envelhecida na medida em que as características demográficas da população são reconhecíveis pelo agravamento do envelhecimento. Em 2013, face ao envelhecimento da população portuguesa, 20% da mesma era compreendida por idosos com 65 ou mais anos de idade e, 5% por idosos com 80 ou mais anos de idade, prevendo-se que em 2050 estes valores subam, respetivamente, para 35% e 16% (Comissão Europeia, 2014).

Estudos de caráter experimental (Weiss & Kornadt, 2018) e longitudinal (Kuper & Marmot, 2003) têm vindo a sugerir que o processo de envelhecimento e as representações sociais face à idade, representam os principais indicadores por detrás das diferenças entre as inúmeras perceções que os indivíduos têm sobre as várias faixas etárias (Daniel, Antunes, & Amaral, 2015).

O conceito de representações sociais traduz-se, nesta medida, numa forma de conhecimento socialmente concebido e partilhado face a um objeto, com um propósito prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um grupo social (Jodelet, 2009). Estudos indicam que grande parte das pessoas detém ainda pouco conhecimento acerca do envelhecimento e, por isso, a maioria das perceções que têm sobre o conceito são erradas, negativas (Keong, 2010).

Nesta perspetiva, por envelhecimento ativo entende-se todo o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o intuito de aprimorar a qualidade de vida dos indivíduos à medida que envelhecem (World Health Organization, 2002). Tal definição que alicerça o processo de envelhecimento em três pilares fundamentais – saúde, participação e segurança - sugere ainda a promoção da participação dos idosos nos mais diversos domínios da vida pessoal e social.

Deste modo, no final da vida adulta, a aprendizagem ao longo da vida, isto é, todas as atividades de aprendizagem intencional, desenvolvidas ao longo da vida, em contextos formais, não formais ou informais, resultando num melhoramento de conhecimento e

competências dentro de uma perspectiva pessoal, cívica, social e/ou profissional (Comissão das Comunidades Europeias, 2008), merece maior atenção no discurso atual das políticas de envelhecimento ativo na medida em que, juntamente com a educação formal e a alfabetização, é um fator essencial pois facilita a participação, a saúde e a segurança à medida que as pessoas envelhecem (Abdullah & Wolbring, 2013).

Em suma, atendendo ao acentuado envelhecimento populacional e ao aumento da esperança média de vida, torna-se, desde logo, essencial estudar as representações sociais do envelhecimento ativo na perceção dos idosos e dos seus cuidadores formais, de forma a quebrar as inúmeras barreiras existentes face a esta população, como por exemplo o idadismo, que impedem, geralmente, a participação dos idosos na sociedade (United Nations Economic Commission for Europe, 2013; World Health Organization, 2015a).

No que diz respeito à organização do presente trabalho, este está estruturado em duas partes distintas, a parte teórica e a parte empírica. O enquadramento teórico assente na revisão bibliográfica, considera, primeiramente, a abordagem dos conceitos de representações sociais do envelhecimento ativo e, secundamente, considera estudos sobre as relações das variáveis dependentes com as variáveis sociodemográficas. Na parte empírica, são apresentados os objetivos do estudo (geral e específicos) bem como as hipóteses delineadas para o mesmo, e por fim a metodologia adotada.

1. Enquadramento teórico

1.1. Envelhecimento ativo

O processo de envelhecimento tem sido alvo de estudo nos últimos tempos, pelo que a conceção e interpretação do conceito foi sofrendo alterações a nível histórico, cultural e social desde o Séc. XVIII até aos dias de hoje.

Embora o conceito de envelhecimento ativo tenha entrado no léxico comum da nossa sociedade durante a última década no âmbito de investigação e prática, é ainda um conceito algo restrito na abrangência da sua utilização pela falta de clareza em relação à sua interpretação (Ranzijn, 2010).

As diversas organizações internacionais sugerem definições distintas face ao envelhecimento ativo. Desta forma, a Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Económico (OCDE) considera o envelhecimento ativo como o modo como os indivíduos adotam estilos de vida saudáveis inseridos na educação, no trabalho, no lazer e na prestação de cuidados a outrem, à medida que envelhecem. Esta definição realça a importância do prolongamento da vida ativa, mas também a necessidade de contabilizar com as atividades de lazer, advogando uma desvinculação gradual do contexto laboral (Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Económico, 2000, citado em Silva, 2015).

Por sua vez, a Comissão Europeia entende o envelhecimento ativo como uma estratégia que visa permitir ao indivíduo envelhecer de forma saudável, sendo necessário desenvolver um conjunto de práticas que englobam a educação e a formação ao longo da vida; o prolongamento da vida ativa; o adiamento da aposentação e, mais progressivamente, por conseguir que as pessoas idosas se tornem ativas durante o período de aposentação e realizem atividades que reforcem as suas capacidades e preservem a sua saúde (Comissão Europeia, 2014).

Uma terceira visão do conceito, segundo a *World Health Organization* (WHO) (2002), enquanto paradigma de intervenção direcionado para as políticas públicas, o envelhecimento ativo é definido como o processo de otimização de oportunidades para a saúde, participação e segurança, no sentido de aumentar a qualidade de vida ao longo do processo de envelhecimento.

Assim, o termo “ativo” alude à participação contínua na vida social, económica, cultural, espiritual e cívica, isto é, vai além da possibilidade de se ser física e profissionalmente ativo pelo que um dos objetivos do envelhecimento ativo consiste em

possibilitar às pessoas o empreendimento do seu potencial face ao bem-estar físico, social e mental ao longo do ciclo de vida, bem como à sua participação na sociedade segundo as suas necessidades, desejos e competências (World Health Organization, 2015b).

Denote-se que as três conceções supramencionadas, apresentadas pela OCDE (2000), Comissão Europeia (2014) e WHO (2015a; 2015b), convergem em alguns aspetos, sobretudo quanto à responsabilidade do indivíduo na promoção do seu envelhecimento ativo.

Assim, a OCDE (2000) refere-se ao envelhecimento ativo como responsabilidade de cada indivíduo, em realizar atividades produtivas na sociedade e na economia, dando maior relevo à vertente económica no envelhecimento. Já a WHO (2015a; 2015b) e a Comissão Europeia (2014) referem-se ao envelhecimento ativo não só como responsabilidade individual, mas também, como responsabilidade social.

Para a WHO, a promoção de um envelhecimento ativo depende da existência da cultura e do género (determinantes transversais) e de determinantes sociais, pessoais, comportamentais, ambientais e económicos que podem influenciar, direta ou indiretamente, o bem-estar, a prevalência de doenças bem como o modo como os indivíduos lidam com as mesmas e com a incapacidade (World Health Organization, 2015b)

1.1.1 Determinantes e modelos subjacentes ao envelhecimento ativo

Compreender individualmente o papel dos determinantes no processo do envelhecimento ativo torna-se crucial pelo aumento do número de idosos na população portuguesa e pela necessidade de políticas orientadas com preditores passíveis de intervenção (Rodrigues et al., 2015).

Assim, enfatizando os determinantes transversais que influenciam a promoção do envelhecimento ativo, de acordo com a WHO (2002), a cultura tende a influenciar o modo como os indivíduos e as populações envelhecem, visto que se destaca como um determinante transversal ao longo de toda a vida. Contudo, o género é, também, notado como um fator transversal, dado a existência de diferenças genéticas entre o género feminino e masculino.

Face a isto, Ribeiro e Paúl (2011) afirmam que, hoje em dia, os membros do género masculino apresentam uma esperança média de vida maior, embora haja ainda uma diferença na esperança de vida entre géneros, para prejuízo do género masculino, mas

que, contudo, padecem de uma menor mortalidade e dependência. No que concerne ao gênero feminino, este traduz-se numa das possíveis razões para a percepção do envelhecimento como um fenômeno feminizado contudo, as mulheres são, na generalidade, mais pobres, doentes, dependentes e discriminadas pela idade.

Por sua vez, os determinantes sociais dizem respeito a fatores que visam proporcionar um bom ambiente social tais como: as oportunidades de educação – aprender com as diferentes gerações promove o valor de todas as idades, aprimorando a transmissão de culturas e valores por parte dos indivíduos - o suporte social - idosos que perderam familiares e/ou amigos, encontram-se, geralmente, mais vulneráveis para enfrentar o isolamento social e a solidão e, muitas vezes, mais vulneráveis a nível psicológico, físico, sexual e financeiro (WHO, 2002).

No que respeita aos determinantes pessoais do envelhecimento ativo, estes encontram-se divididos entre a biologia/ genética e os fatores psicológicos (WHO, 2002), na medida em que no que respeita à Biologia/Genética considera-se que o trajeto de saúde e de doença de um idoso é, absolutamente, uma junção entre a genética e o estilo de vida do mesmo; relativamente aos fatores psicológicos, destaca-se a capacidade cognitiva e a inteligência como fortes determinantes de longevidade e de envelhecimento ativo nos indivíduos (WHO, 2002).

Os determinantes comportamentais são realçados atendendo o desenvolvimento de uma alimentação saudável, o uso de fármacos, o envolvimento em atividades físicas, a abstinência do álcool e do consumo tabágico. Por um lado, estes fatores poderão prevenir o declínio funcional e algumas doenças, por outro, poderão proporcionar uma melhor qualidade de vida ao indivíduo (WHO, 2002).

Já os determinantes ambientais, relacionados com o contexto físico onde o indivíduo está inserido, podem marcar a diferença entre a dependência e a independência das pessoas idosas. A existência de inúmeras barreiras arquitetónicas e o risco de quedas nos idosos, contribuem para uma maior predisposição ao isolamento social, à redução da resistência física e a um aumento de problemas relativos à mobilidade. Neste contexto, para as pessoas idosas, a localização da sua residência perto da família, dos transportes, entre outros, é deveras importante na promoção da interação social (WHO, 2002).

Por fim, os determinantes económicos consideram três aspetos preeminentes no envelhecimento ativo: o trabalho, o rendimento salarial e a proteção social (WHO, 2002). Desta forma, o fator “trabalho” pondera que uma prestação ativa do indivíduo aquando

idoso, através de trabalho formal, informal, voluntariado, é necessária para que o indivíduo se mantenha ocupado, mesmo não existindo remuneração, a fim de passar pelo processo da reforma de uma forma ativa e gratificante (WHO, 2002). Já no fator “rendimento salarial”, as estratégias de envelhecimento ativo abordam o facto do rendimento para as pessoas idosas ser um problema, dado que uma grande parte das reformas não permite pagar as várias despesas inerentes à idade e, por vezes, também não possuem bens ou poupanças para encarar problemática. Isto contribui para a falta de acesso à alimentação saudável e a cuidados de saúde e, conseqüentemente, as pessoas idosas têm maior risco de desenvolver patologias tornando-os mais vulneráveis (WHO, 2002).

Por último, no que diz respeito ao fator “proteção social”, pode constatar-se que aquando do desenvolvimento das sociedades, os países estão mais propensos ao desenvolvimento de estratégias e estruturas que facultem proteção social aos idosos que se encontrem vulneráveis e sozinhos. Isto é, nos países em desenvolvimento, os idosos que necessitam de suporte social tendem a apoiar-se na ajuda por parte dos seus familiares. Porém, nos países desenvolvidos, as medidas de segurança social suportam a acessibilidade a serviços que, por sua vez, possam combater a pobreza e a exclusão social (Mendes, 2011; WHO, 2002).

De forma a considerar a multidimensionalidade da qualidade de vida dos idosos é necessário avaliar a capacidade funcional dos mesmos em cinco áreas substanciais: recursos sociais (com ou sem participação em grupos de atividades socioculturais); recursos económicos; saúde mental; saúde física e atividades de vida diárias. É essencial realçar o modelo de avaliação *Older Americans Resources and Services (OARS)* (Fillenbaum & Smyer, 1981; Rodrigues, 2008), como um programa de recursos e, ainda, serviços para idosos no sentido em que as medidas de avaliação multidimensionais são consideradas as mais apropriadas para as populações idosas, uma vez que avaliam o grau de independência apesar da doença, das limitações físicas ou mentais e do apoio social (Rodrigues, 2009).

Partindo destes pressupostos, o modelo conceitual *Older Americans Resources and Services (OARS)* inclui três elementos: 1) Avaliação da capacidade funcional, de forma a agrupar indivíduos com idêntica capacidade funcional; 2) Avaliação do uso e da necessidade de serviços, atendendo à diferenciação dessas questões, definindo o seu uso atual bem como a necessidade percebida; 3) Avaliação de alternativas de serviços a

implementar em função da capacidade funcional do idoso. Para concluir, este modelo de avaliação encontra-se dividido em duas partes: parte A (*Multidimensional Functional Assessment Questionnaire, ou OARSMFAQ*), consente a avaliação funcional multidimensional, isto é, as avaliações acima citadas; e a parte B (*Services Assessment Questionnaire*), onde são alvo de avaliação fatores como a utilização e a necessidade percebida de serviços (Rodrigues, 2009).

Não menos importante, com o intuito de compreender que as representações sociais afetam diretamente o envelhecimento e a experiência subjetiva de envelhecimento pelo próprio idoso, torna-se pertinente abordar a perspectiva multidimensional de envelhecimento, assente em respostas afetivas, comportamentais e cognitivas (Vogel & Wanke, 2016). Assim, atendendo a esta conceção, a pessoa idosa pode considerar, por sua vez, que o envelhecimento abrange doença, o que poderá aumentar o risco de morte (resposta cognitiva); pode ficar deprimida com a perda da sua independência funcional (resposta afetiva); e acomodar-se, optando por não adotar um estilo de vida saudável (resposta comportamental). Logo, sucedem-se consequências (e.g., condições de saúde, isolamento social), pois as representações sociais dos indivíduos possuem um enorme impacto, na medida em que influenciam a perceção, o pensamento, o comportamento e outras atitudes; determinam a forma como se dá o processo de informação relativamente ao objeto da atitude; são centrais na vida social; reafirmam a própria identidade do idoso; contribuem para a opinião pública e moldam os valores da sociedade (Vogel & Wanke, 2016). Nesta perspectiva, as atitudes e representações sociais do indivíduo, num todo, relacionam-se com o que se espera do processo de envelhecimento e do ser-se idoso (Cunha, 2018).

Com o avançar da idade verificam-se alterações estruturais e funcionais que diferem de indivíduo para indivíduo, pelo que são inevitáveis no processo de envelhecimento (Catita, 2008). Portanto, é essencial abordar e explorar as várias fases do envelhecimento.

Assim, o envelhecimento primário diz respeito às mudanças intrínsecas e irreversíveis da idade tais como o embranquecimento dos cabelos, aparecimento de rugas, diminuição das capacidades visuais e auditivas, e também a diminuição da estrutura óssea, muscular, declínio da força, e rapidez de movimentos, pensamentos, reflexos, memória, entre outros (Bosworth & Schaie, 1997, citado em Paúl, 2017).

Numa segunda fase, os autores consideram o envelhecimento patológico ou secundário na medida em que está relacionado com mudanças derivadas de doenças

dependentes da idade (Bosworth & Schaie, 1997, citado em Paúl, 2017), as quais a incidência é maior quanto mais avançada a idade, devido ao aumento de fatores de risco que possam vir a desencadear doenças, tais como doenças do foro cerebral e cardiovascular.

Por fim, Birren e Schroots (2006) tomam a terceira fase do envelhecimento, ou seja, envelhecimento terciário, como referente às mudanças precipitadas na alteração do indivíduo ao envelhecer, o que aumenta a possibilidade de existir um envelhecimento rápido a ocorrer num dado momento da velhice, que precede o momento da morte do indivíduo. Desta forma, para os autores referidos, o envelhecimento traduz-se num processo de cariz individualizado e de grande vulnerabilidade de acordo com a idade dos indivíduos.

As características do idoso e dos seus cuidadores formais são também importantes para um envelhecimento ativo. Tal como mencionado anteriormente, o envelhecimento pode ser vivenciado de inúmeras formas e desfrutar de um envelhecimento ativo carece não apenas de questões relacionadas com a saúde, mas sobretudo, às ações e responsabilidades de cada indivíduo (Ribeiro & Paúl, 2011), sendo o idoso, por isso, um agente crucial na promoção do seu próprio envelhecimento.

Partindo da conceção de idoso, segundo Fonseca (2014), o idoso deve ser visto como um ser humano que vive a sua condição existencial à semelhança de qualquer outro, ou seja, com todas as suas potencialidades, desejos e frustrações, exatamente como acontece nos outros grupos etários, de forma a evitar representações sociais face a esse grupo etário na sociedade contemporânea. Faller, Teston, e Marcon (2015) acrescentam que o idoso é tido maioritariamente com base no fator cronológico, mas que os conceitos da idade ultrapassam os limites da idade cronológica de acordo com a situação de vida de cada indivíduo.

Atualmente, a categorização do idoso numa só faixa etária é considerada desajustada, devido à sua multidimensionalidade, pelo que o envelhecimento pode ser classificado em três níveis: primeiramente o envelhecimento pode ser visto como envelhecimento primário (ou normal) – aquando um processo gradual e inevitável de deteiorização corporal – ou envelhecimento secundário (ou patológico) – aquando constituído pelas consequências da doença, de abuso e de ausência de uso, fatores que com frequência, são evitáveis e estão sob o controlo das pessoas (Busse, 1969, citado em Distefano & Goodpaster, 2018); de seguida, e geralmente utilizado, o envelhecimento também pode

ser classificado através da idade cronológica, divisão etária adotada no recenseamento dos Estados Unidos, isto é, idosos jovens (dos 65 aos 74 anos de idade), idosos velhos (dos 75 aos 84 anos de idade), idosos muito velhos (idade igual ou superior a 85 anos), centenários (dos 100 aos 109 anos de idade) e supercentenários (idade igual ou superior a 110 anos) (Oliveira, 2005); Por fim, uma outra forma de classificar o envelhecimento é mediante a idade funcional, ou seja, o quão bem um indivíduo funciona num ambiente físico e social, em comparação com outros da mesma idade cronológica (Fernández-Ballesteros, 2000, citado em Paúl, 2017).

O envelhecimento é um processo adaptativo, lento e contínuo, que se traduz numa série de alterações, e no qual intervêm fatores biológicos, psicológicos e sociais (Ortiz, Ballesteros, & Carrasco, 2006). Caracteriza-se pela deterioração corporal e funcional, diminuição da vitalidade e da capacidade de adaptação do organismo às mudanças. As alterações físicas afetam a autoimagem e a autoestima, originando uma diminuição das capacidades sensoriais e a limitação na realização de atividades que geravam prazer anteriormente. Nestas idades, as modificações na aparência tornam o indivíduo menos atraente, diminuindo assim o interesse e a atividade sexual, e a criação de novos laços afetivos (Ortiz et al., 2006).

Não obstante, os idosos são ainda considerados pessoas que podem ter muitos anos de atividade mas, no entanto, têm de ter consciência de que há obstáculos no seu desenvolvimento, isto é, os aspetos psicológicos que influenciam o envelhecimento carecem das alterações no desempenho cognitivo ao nível da memória de curto prazo e alterações ao nível da atenção, o que leva os idosos a manifestarem uma menor capacidade na compreensão simultânea de diversos estímulos e, conseqüentemente, na seleção de informação relevante (Bernad, 2008).

Neste contexto, é essencial apelar aos idosos e aos seus cuidadores formais a presença de uma perspetiva diferente do idoso, dado que estes ainda detêm imensas capacidades. Importa prevenir, intervir e promover competências cognitivas do idoso bem como promover a sua autonomia e independência, supervisionando a saúde, o suporte social e os apoios familiar, informal e formal, de modo a que este se mantenha ativo no decorrer do tempo para que, assim, consiga usufruir de um envelhecimento ativo (Sequeira, 2010).

O papel do psicólogo é de ajudar o idoso a perceber as suas mudanças físicas e psicológicas – deve-se considerar aspetos de vida do idoso como as questões da vida social, patologias que surgem a nível físico ou mental, criação de atividades, baixa

autoestima, depressão, hipocondria, paranoia e possível ideação suicida, e alteração da autoimagem, necessidade de trabalhar as perdas orgânicas, afetivas e sociais (Zimerman, 2000).

Conscientes de que envelhecer faz parte do ciclo da vida de todos os seres humanos, a condição de ser idoso é, nesta perspectiva, uma etapa que passa a ser comum a todos os indivíduos, os quais têm o privilégio de experimentar vidas longas (Paúl & Fonseca, 2005) pois até há bem pouco tempo, atingir uma idade avançada era raro e, as pessoas idosas representavam uma escassa amostra da população, representando, ao invés, atualmente o grupo mais numeroso da sociedade (Rosa, 2012).

Tendo em conta o conteúdo supramencionado, ainda que o apoio social seja destacado na sociedade atual, quer por motivos financeiros e/ou por questões de vínculo familiar, vários idosos encontram-se ao cuidado de alguém. Esta é uma atividade complexa na medida em que, cuidar passa por garantir o bem-estar do idoso, a sua saúde, alimentação, higiene pessoal, e aspetos como a recreação e lazer (Hilário, 2018). Cuidar implica, assim, a responsabilidade de tomar conta de alguém, satisfazer/responder às suas necessidades e sentir preocupação, interesse, consideração e afeto pela pessoa de quem se cuida (Sequeira, 2010).

Sequeira (2010), no âmbito do contexto da prestação de cuidados, distingue dois tipos de cuidados que se relacionam com o cuidador em questão: cuidado informal, ou seja, referente à pessoa da rede social do próprio idoso, não remunerada, com relação significativa; isto é, um familiar, parceiro (a), amigo(a) e/ou vizinho(a), que assume o papel de principal responsável pela assistência e/ou prestação de cuidados ao idoso. É, nesta perspectiva, um ato voluntário, o qual deve ser incentivado (Alves & Teixeira, 2016); e cuidador formal, que representa os profissionais remunerados pelos cuidados que prestam ao idoso e, normalmente, possuem formação para tal (Sequeira, 2010). São profissionais capacitados para o cuidado, contribuindo de forma significativa para a saúde dos idosos (Batista, 2012).

Desta forma, o termo “cuidar” remete para um processo multidimensional complexo que abrange tarefas de prestar e de receber cuidados, assimilando sentimentos, reciprocidade, interdependência e, muitas vezes, custos (Carvalho, 2010). Considerando os tipos de cuidados prestados pelos cuidadores, estes envolvem cuidados físicos, emocionais e relacionais, efetuados através de normas e quadros sociais específicos, quer dos que recebem quer dos que prestam os cuidados (Rodríguez, 2005), e prevê ações de

política, de assistência e de apoio a grupos mais vulneráveis, como os idosos, sobretudo nas atividades básicas da vida diária necessárias ao seu bem-estar (Kröger, 2001).

1.1.2. Definição do conceito de aprendizagem ao longo da vida

O envelhecimento ativo está meramente ligado à temática da aprendizagem ao longo da vida na medida em que assenta em quatro pilares fulcrais: saúde, aprendizagem ao longo da vida, participação e segurança/proteção (WHO, 2002).

Pretende-se com o primeiro pilar promover o sistema de saúde a fim de diminuir as desigualdades; já a aprendizagem ao longo da vida é encarada como a chave para o envelhecimento ativo pois favorece o bem-estar enquanto concede poder de decisão, autonomia, segurança pessoal e social, para além de que quanto mais informação o idoso tiver, mais capacitado estará; o pilar da participação inclui não só o trabalho remunerado, como também causas sociais e cívicas, recreativas, culturais e intelectuais, ou seja, baseia-se em experiências positivas que dão significado e propósito à vida; por último, o pilar correspondente à segurança apresenta-se como uma das maiores necessidades do ser humano, pois sem este fator não somos capazes de nos desenvolvermos ativamente (Instituto da Segurança Social, 2015).

Segundo Formosa (2012), a aprendizagem do idoso é tido como o processo em que adultos mais velhos, individualmente e em associação com outros, se envolvem em encontros diretos e, propositadamente, refletem, validam, transformam e dão significado pessoal no sentido de integrarem os seus conhecimentos aprendidos ao longo da vida. Nesta medida, estão assentes cinco razões primordiais pelas quais os formuladores de políticas e a sociedade em geral devem reconhecer os benefícios da aprendizagem para o idoso: a) autoconfiança e independência; b) funcionalidade e resiliência; c) contribuição para a sociedade; d) expressão e criatividade; bem como e) fomentar a compreensão intergeracional (Groombridge, 1982, citado em Viana, 2017).

Assim, o idoso deve manter-se consciente do seu próprio envelhecimento para que consiga manter-se ativo, já que a educação e a formação têm um papel essencial nessa consciencialização contribuindo para a formação do idoso enquanto ator social e membro da sociedade (Oliveira, Oliveira, & Scortegagna, 2010).

1.2. Representações sociais percebidas do envelhecimento ativo

No presente trabalho, o conceito de representações sociais assume um papel fulcral dado que estas refletem atitudes, preconceitos e imagens empregues para classificar e caracterizar certos grupos sociais, no caso dos idosos e, atendendo à forma como olhamos e definimos o idoso, esta pode persuadir o modo como nos comportamos com os mesmos (Doherty, Mitchell, & O'Neill, 2011). Assim, importa clarificar o conceito de representações sociais percebidas do envelhecimento ativo.

O construto de representação social emerge num dado contexto social, servindo-se de valores, ideologias e sistemas de categorização social, partilhados por diferentes grupos sociais (Vala, 1986, citado em Santos, 2011) As representações sociais caracterizam-se, deste modo, através de afirmações concebidas por relações interindividuais, equivalentes a mitos e crenças tradicionais, colocando os indivíduos numa série de relações, onde as representações sociais são adquiridas e geradas (Castro, 2007).

Neto (2004) acrescenta ainda que, as representações sociais, apresentam-se como um conjunto de significados mediante imagens, categorias ou teorias, e que permitem interpretar a informação do contexto social, classificar fenómenos e indivíduos, construindo uma realidade comum a vários sujeitos.

Contrariamente, numa outra perspetiva, a representação social é vista como um processo cognitivo, afetivo, avaliativo e simbólico a respeito de um determinado fenómeno social, e é também partilhado pelos vários membros integrantes de um conjunto social (Wagner, 1998, citado em Camargo, Justo, & Jodelet, 2010). São, na mesma medida, um meio de conhecimento que abrange a influência de informações e conhecimentos que o indivíduo recebe e transmite através das tradições, da educação e da comunicação social em que está inserido (Monchietti & Sánchez, 2008).

Contudo, Moscovici (2012) concetualiza a representação social partindo da necessidade do indivíduo em transformar um objeto que é estranho em algo familiar, ou seja, trata-se de uma forma de manipulação do pensamento e da estrutura da realidade psicossocial, construindo uma realidade a partir daquilo que se sabe dela (Araújo, Coutinho, & Santos, 2006).

Sucintamente, pode então afirmar-se que uma representação social é uma forma de conhecimento, resultante das interações no íntimo de um grupo social, e da forma como os indivíduos sociais caracterizam um determinado objeto socialmente partilhado com o

propósito de construir uma realidade comum (Castro, 2007; Teixeira, Settembre & Leal, 2007). Sabe-se que um mesmo objeto pode ter uma grande variedade de representações, que divergem de acordo com a atividade cognitiva, psicológica e com os princípios e valores dos indivíduos e grupos sociais em que estão inseridos (Castro, 2007; Teixeira et al., 2007).

O conceito de representação social percebida está associado ao idadismo e, na perspectiva dos idosos, é apresentada a partir de quatro formas básicas de reação ao idadismo: a aceitação, a negação, a evitação, e a reforma. Note-se que todas estas respostas poderão conduzir a efeitos adversos (Palmore, 1999, citado em Magalhães, Fernandes, Antão, & Anes, 2010).

Assim, a “aceitação” emerge consoante o afastamento voluntário e pela apatia, conduzindo a um sentimento de infelicidade do idoso para com o seu papel na sociedade. Como menciona Levy, Ashman e Slade (2009), os idosos acabam por adquirir, tal como os não-idosos, uma comunicação verbal e não verbal que reforça os aspetos negativos discriminatórios, como por exemplo, acharem que têm pior capacidade de memorizar. Face a isto, esta conformidade pode resultar numa baixa autoestima, na redução das suas habilidades pessoais, bem como na deterioração da sua saúde física e mental.

A “negação” versa sobre recorrer a meios para “parecer jovem”, como por exemplo, omitir ou mentir acerca da sua idade atual ou recorrer às cirurgias plásticas, entre outros. Segundo Jang, Chiriboga e Small (2008), os idosos estão mais propensos a aplicarem estratégias de negação psicológica ou de evitamento quando são vítimas de experiências discriminatórias.

A “evitação” está interligada a vários aspetos como a segregação, o isolamento, o alcoolismo, a dependência (drogas), a doença mental ou até mesmo ao suicídio. E, por fim, a “reforma” reconhece o prejuízo e a discriminação, procurando, desta forma, eliminar estes domínios mediante atividades que contrariem, então, os estereótipos negativos face aos idosos (Costa, 2014). Face a isto, acrescenta-se a ideia que as relações interpessoais são quem sofre mais com a representação social do idadismo, bem como a auto percepção que os idosos têm de si próprios, acabando por levar, posteriormente, ao isolamento dos mesmos (Minichiello & Coulson, 2012).

Neste sentido, a representação social percebida pode ser considerada como uma notável ameaça ao envelhecimento da saúde no idoso. Ao mesmo tempo que as representações sociais percebidas do envelhecimento ativo são, em grande parte, comuns

entre os idosos, as políticas de envelhecimento na Europa e, mundialmente, estão a tentar, nesta medida, promover cada vez mais o envelhecimento ativo (Walker & Loewenstein, 2009).

1.2.1. Idadismo: definição e evolução do conceito

Historicamente, os idosos foram considerados membros valorizados e respeitados na sociedade pelo seu vasto conhecimento e cultura (Palmore, 1999, citado em Levy & Macdonald, 2016). Por esta razão, o impacto que as representações sociais têm sobre a perceção do envelhecimento por parte das pessoas idosas e dos seus cuidadores formais tem sido alvo de investigação (Fernández-Ballesteros, Bustillos, Huici, & Ribera, 2016).

Cada vez mais investigadores a nível mundial estudaram formas de idadismo - discriminação baseada na idade, ou preconceito de um grupo etário em relação a outros grupos etários - nos seus respetivos países (Butler, 1969; Levy & Macdonald, 2016). Embora o estudo do idadismo tenha sido expandido a fim de incorporar países como o Brasil (Couto & Koller, 2012), China (Bai, Lai, & Guo, 2016), Colômbia (Ramírez & Palacios-Espinosa, 2016), Israel (Bodner, Bergman, & Cohen-Fridel, 2012), Nova Zelândia (O'Sullivan & Ashton, 2012) e Taiwan (Lien, Zhang, & Hummert, 2009), na Europa o estudo do idadismo é recente.

O conceito de "idadismo" ("*ageism*"), estende-se a toda a sociedade. Por um lado, através do preconceito (feito de estereótipos), por outro lado através da discriminação (atitude mais grave, carregada de hostilidade) com base na idade, especificamente face a pessoas idosas, tornando-se, portanto, numa atitude que persiste e que influencia o modo como olhamos para as pessoas idosas, assim como os nossos comportamentos face a elas (Cavanaugh, 1997). Sendo um fenómeno complexo, conforme Nelson (2004), as manifestações do idadismo devem ser interpretadas atendendo a sua componente afetiva - sentimentos face aos idosos - a componente cognitiva - crenças e estereótipos - e a componente comportamental.

Seguindo a definição de Butler, idadismo trata-se de um processo sistemático e discriminatório de representações sociais face a indivíduos idosos, tal como o racismo e sexismo - i.e. discriminação pela cor de pele e género (Butler, 1969, citado em Levy & Macdonald, 2016). Ademais, Palmore acrescenta ainda que o idadismo, apesar de ser uma representação social e uma forma de discriminação contra ou a favor a idosos, poderá

ocorrer de uma forma pessoal ou formal (Palmore, 1999, citado em Levy & Macdonald, 2016).

Assim, o termo idadismo pode surgir de várias formas, e pode ainda manifestar-se através de muitas mais, quer por medidas como a exclusão dos idosos pelo facto de o serem, quer pelo uso de expressões negativas face aos mesmos, o que por vezes contribui para que os idosos olhem para si mesmos mediante uma representação social construída, isto é, como indivíduos incompetentes e incapazes da sociedade (Cavanaugh, 1997).

Partindo da conceção de que o idadismo começa no seio da família, ou seja, na forma como os mais velhos vão sendo "codificados", consciente ou inconscientemente, pelos familiares mais novos (como por exemplo, netos), quando se trata de representações sociais em relação à idade, Nelson (2004) acredita ser possível reduzir o idadismo pela consciencialização dos indivíduos quanto à realidade do envelhecimento.

Contudo, reforçando a ideia anteriormente expressa por Cavanaugh (1997), o autor considera ainda que os próprios idosos podem internalizar as crenças de idadismo, o que leva a crer que as representações sociais percebidas pelos idosos, podem retratar negativamente a sua postura perante a vida, levando a que estes se comportem de maneira menos ativa, física e mentalmente (Nelson, 2004).

Atualmente, o idadismo surge com uma conotação idêntica à que era dada aquando o surgimento do termo em si, por Butler (2009), ou seja, o conceito refere, ainda, representações sociais e práticas negativas e discriminatórias em relação aos idosos e ao envelhecimento em si, apesar de todas as revoluções sociais e tecnológicas que propiciam uma maior esperança e qualidade de vida (Achenbaum, 2015).

1.3 Estudos sobre representações sociais do envelhecimento ativo em função das variáveis sociodemográficas

São vários os estudos que têm em consideração as representações sociais do envelhecimento ativo na perceção dos idosos e dos cuidadores formais, pelo que, segundo a revisão da literatura, os idosos, em média, apresentam ter uma perceção autoconsciente das representações sociais face à sua faixa etária (Rupp, Vodanovich, & Credé, 2005).

Um estudo de Torres, Camargo e Bousfield (2016), face às perceções que os idosos têm de si, revelou que os idosos, principalmente do género masculino, percebem o próprio grupo etário de forma negativa (Torres, Camargo, & Bousfield, 2016). Na mesma medida, vários estudos sobre as representações sociais do envelhecimento ativo, têm apontado que

as pessoas idosas são, progressivamente, estereotipadas, por agentes da sociedade, como indivíduos tristes e solitários (Marques, Lima, Abrams, & Swift, 2014; Tan, Zhang, & Fan, 2004).

Num estudo de Arnold-Cathalifaud, Thumala, Urquiza e Ojeda (2008), os idosos do gênero masculino são vistos, particularmente, como mais intolerantes, suspeitos e conflituosos do que as mulheres idosas, embora esses adjetivos sejam, geralmente, associados a todas as categorias de pessoas mais velhas. Não obstante, um estudo de Zamberini e colaboradores (2008), revela que o gênero masculino, em média, apresenta atitudes menos favoráveis em relação aos idosos e menos comportamentos “idadistas” positivos do que as mulheres. Tais conclusões vêm a confirmar que se as pessoas idosas acreditam pessoalmente que a sua faixa etária é tida com menor importância social e, que as outras pessoas sentem compaixão, desprezo e inveja por elas e as estereotipam negativamente, elas também demonstram discriminação face a si mesmas (Vauclair et al., 2016). Percebe-se, assim, que, mediante depoimentos concedidos por idosos no estudo de Moreira (2012), embora o idoso se encontre no processo do envelhecimento, não o aceita.

Um estudo de Barroso (2018) cujo objetivo se centra na avaliação do idadismo através da relação entre atitudes idadistas e a idade, bem como qual o papel das percepções de estado de saúde nessa relação, na percepção dos idosos. Os resultados demonstraram associações estatisticamente significativas, comprovando que os indivíduos que têm uma melhor percepção de saúde são os mais idadistas, pois à medida que envelhecem tornam-se mais críticos relativamente à sua idade.

Na mesma medida, estudos de Demakakos, Gjonca e Nazroo (2007) que analisaram a autopercepção do idoso sobre o envelhecimento e o impacto das representações sociais na autopercepção do envelhecimento, evidenciaram três grandes conclusões. Em primeiro lugar, os resultados demonstraram que, com o aumento da idade, os idosos, cada vez mais, sentiam e achavam-se mais jovens, o que vai ao encontro da revisão da literatura (Demakakos, Gjonca, & Nazroo, 2007); em segundo lugar, os idosos aparentavam estar satisfeitos com o seu processo de envelhecimento; por fim, os resultados mostraram que as representações sociais, mediante estereótipos negativos, afetam não só os comportamentos como também as suas avaliações. Conclui-se que a ativação de representações sociais negativas teve efeitos negativos em diversos indicadores da auto percepção do envelhecimento (Kotter-Grün & Hess, 2012).

Considerando a percepção dos cuidadores formais face aos idosos, um estudo de Campos, Dias e Rodrigues (2011), com a finalidade de conhecer a percepção dos cuidadores de idosos a respeito de “ser idoso”, sobre “a velhice” e do “viver institucionalizado”, representa, por um lado, uma visão positiva na medida em que os cuidadores consideram o idoso como uma fonte de experiência e sabedoria, um ser dotado de conhecimentos adquiridos ao longo da vida; contrariamente, por outro lado, o idoso é tido pelos cuidadores formais de forma negativa, uma vez que estes o percebem como um indivíduo incapacitado e com necessidade de apoio nas atividades de vida diárias. Os autores analisaram, ainda, o facto de ser idoso apenas como alguém, cuja idade é avançada, e apresenta uma certa fragilidade caracterizada pelo avanço da idade, não considerando os aspetos positivos do envelhecimento, ou seja, adotando o conceito de idade apenas como uma característica que faz parte dessa fase do desenvolvimento.

Lopes e Gonçalves (2012), no seu estudo, admitindo como pano de fundo a realidade portuguesa, investigaram os desafios do envelhecimento demográfico propondo questões acerca do prolongamento da vida ativa dos trabalhadores mais velhos, mas também sobre outras práticas que dizem respeito às relações familiares e ao papel ativo do indivíduo idoso na dinâmica familiar. Nesta medida, os autores destacaram não só uma tendência nociva de homogeneidade do grupo dos mais velhos (caraterizada como, maioritariamente, pela utilização de recursos familiares), mas, também, a desconsideração da representação do papel das pessoas idosas ativas, enquanto recurso para as gerações mais novas, nomeadamente, enquanto cuidadores de crianças e adolescentes. Ao destacar estas potencialidades, pouco debatidas na literatura científica, os autores concluem a necessidade de pensar o papel do idoso à luz da conquista social mediante a cedência de apoio às famílias dos mesmos e à infância e juventude (Lopes & Gonçalves, 2012).

Stenner, McFarquhar, e Bowling (2011), num estudo qualitativo que procurou analisar a compreensão do conceito de envelhecimento ativo numa amostra britânica de idosos com mais de 72 anos, descreveram que os fatores implícitos na própria definição de envelhecimento ativo, considerados mais revelantes para os inquiridos foram a atividade física, a autonomia, o interesse pela vida, o lidar com os desafios do dia-a-dia e o manter-se em contacto com o mundo. Porém, o resultado apontado como mais relevante versa sobre o facto da noção “participação” estar associada ao valor que as atividades

têm para os idosos, tal como à importância de se viver de acordo com as normas pessoais e, finalmente, à dinâmica de evitamento associada ao termo “ser velho”.

Considerando a variável sociodemográfica género, estudos apontam que para muitas das mulheres o envelhecimento ativo significa manter as suas atividades e responsabilidades no domínio doméstico e familiar, isto é: “cozinha”, “neto”, “ajuda”. Manter-se ativa, segundo a perceção de 18 mulheres, é sinónimo de conseguir realizar as tarefas domésticas. Todavia, emerge também a dimensão da prática religiosa, o facto de “ir à missa”, como elemento de manutenção de si como pessoa ativa no envelhecimento. Contrariamente, os homens nomeiam o jogo e o desporto como elementos de preservação da atividade, ou seja, o ser independente (no sentido de não precisar de cuidados de terceiros), a fruição (no que diz respeito à “comida” na medida em que, provavelmente, já desenvolviam atividades de fruir antes do envelhecimento, mas assumem-se mais como “senhores de si” e são indivíduos menos “voltados para os outros”, como acontece no caso das mulheres) e o “trabalho intelectual” (Daniel, Caetano, Monteiro, & Amaral, 2016).

Num estudo de Torres, Camargo e Bousfield (2016) com o intuito de identificar estereótipos de idosos para diferentes grupos etários, os autores verificaram, a respeito da perceção dos idosos sobre o envelhecimento, uma procura pela longevidade, relacionado com a sabedoria e experiência dos idosos. Complementando tal ponto de vista, Fernandes, Afonso, Pereira e Loureiro (2012) no seu estudo, com a finalidade de identificar e comparar representações sociais sobre velhice produzidas por idosos, apontam para o facto dos idosos associarem o envelhecimento a uma fase da vida menos feliz e produtiva, contudo, é também evidente que, apesar do decréscimo das capacidades com o avançar da idade, os idosos quando saudáveis são capazes de realizar as mesmas tarefas que um adulto seria capaz de realizar. Sijuwade (2009) vem a comprovar tal afirmação no seu estudo com idosos, com o objetivo de estudar a “autoimagem” dos idosos, a sua “imagem” da imagem social” e a influência da “imagem social” na sua “autoimagem”, visto que estes revelaram que a idade não é um obstáculo para que se possam sentir bem. Pelo contrário, o envelhecimento, quando ativo, é uma fase de liberdade, maturidade, crescimento pessoal e sabedoria.

Não obstante, um estudo de Fernandes e Andrade (2016) que pretendeu comparar as representações sociais sobre o envelhecimento ativo segundo a perspetiva de 14 idosos de ambos os sexos, divididos em dois grupos: grupo 1 (idosos com nível escolar médio

de 11 anos e maior nível económico) e grupo 2 (idosos com média de 3 anos de nível escolar e baixo nível económico), verificou que as representações sociais identificadas no grupo 1 apontam o envelhecimento como um período para investir em atividades de lazer e em cuidar de si mesmo; já no grupo 2, os resultados indicam que a representação do envelhecimento está associada à desesperança, frustração, aceitação e preocupação para com o futuro. Conclui-se, de acordo com os autores, que maiores níveis socioeconómicos e escolares, bem como o suporte familiar na vida dos idosos favorece a construção de representações sociais positivas acerca do envelhecimento.

Existem estudos que pretenderam analisar a comparação das representações sociais do envelhecimento ativo na perceção dos idosos e dos cuidadores formais e o impacto das mesmas na autoperceção do envelhecimento ativo. Os próprios idosos acreditam nestas representações positivas (maior liberdade, menos responsabilidades, respeito) e/ou negativas (perdas de funcionamento psicofísico, na vitalidade, na mobilidade, na força, perda de independência pessoais) sobre eles mesmos (Westerhof & Tulle, 2007).

Por sua vez, Garbin, Sumida, Moimaz, Prado e Silva (2010) realçam no seu estudo, com o objetivo de analisar a representação social dos cuidadores formais acerca dos idosos institucionalizados em lares de acolhimento em São Paulo, que quanto mais positiva for a representação social que o cuidador tem sobre o idoso, maior será a tendência para uma melhoria do ato de cuidar associado aos idosos.

Kotter-Grün e Hess (2012) no seu estudo exploraram quais os indicadores alusivos à autoperceção do envelhecimento durante a vida adulta e testaram se as representações sociais face à idade influenciavam a auto perceção dos idosos relativa ao envelhecimento. Deste estudo foi possível retirar duas conclusões: primeiramente, com o aumento da idade, os participantes sentiam e achavam, cada vez mais, que eram mais jovens, o que vai ao encontro da literatura (Demakakos, Gjonca & Nazroo, 2007), secundamente, os idosos mostraram-se satisfeitos com o seu processo de envelhecimento; por fim, também foi possível apurar que as representações sociais negativas afetam, não só os comportamentos, como também as suas avaliações. Os autores, no entanto, especulam que a antecipação das representações sociais negativas relacionadas com a idade, aumente o desejo de não chegar à velhice.

Lira (2014) no seu estudo, com a finalidade de investigar a representação social da terceira idade por pessoas que estão a iniciar essa fase do ciclo vital, constatou relações positivas dos idosos em relação ao envelhecimento e à aceitação das mudanças físicas.

Isso indica, tal como acontece no estudo de Freitas e Ferreira (2013), que as representações sociais de outros grupos etários sobre o envelhecimento tendem a ser estereotipadas, com a evocação de elementos mais concretos e menos experienciais sobre esse fenómeno.

Nesta perspetiva, um estudo realizado por Fernandes e Andrade (2016), cujo objetivo consistiu em comparar as representações sociais de idosos acerca do envelhecimento, demonstrou que na perspetiva dos idosos o envelhecimento é visto como um processo individual, particular e histórico. Portanto, os autores concluíram que o envelhecimento não é homogéneo, isto é, não é um processo único para todos os indivíduos, sociedades e culturas. Tais conclusões enfatizam a importância das variáveis do nível escolar, nível socioeconómico e do apoio da família na vida dos idosos (Ferreira, Alexandre, & Lemos, 2011; Vitorino, Paskulin, & Vianna, 2012).

Em contrapartida, outros estudos indicam haver, não apenas uma visão negativa do conceito de envelhecimento, mas também uma visão positiva baseada em situações do dia-a-dia e da realização de atividades de independência dos idosos, bem como a conformidade com o processo de envelhecimento (Fernandes & Andrade, 2016; Torres, Camargo, & Bousfield, 2016).

À vista disso, no estudo conduzido por Reis e Ceolim (2007), com o objetivo de estudar quais as representações sociais dos cuidadores formais acerca do envelhecimento ativo, estes realçaram, por um lado, aspetos positivos relacionados com o envelhecimento: a experiência de vida acumulada pelo idoso que transmite ensinamento, o respeito e a dignidade e, por outro lado, aspetos negativos, considerando o envelhecimento como uma etapa árdua, devido às dificuldades causadas pelo comprometimento de algumas funções do organismo, o aparecimento de doenças, dores e a necessidade de ajuda psicológica devido a distúrbios neurológicos. Os resultados do estudo demonstram que os cuidadores formais tendem a descrever o idoso como um indivíduo doce, carinhoso, conformado e humilde, sendo que a representação social acerca do idoso é tida como um indivíduo submisso e dependente, contribuindo, de certa forma, para o declínio da sua independência e autonomia pois dadas representações sociais, segundo o discurso dos cuidadores formais que participaram na amostra, levam a que, muitas vezes, o cuidador use a vitimização e infantilização para caracterizar o idoso, onde a título de exemplo os autores referem o uso de expressões infantis ou a utilização de diminutivos constantes. Embora muitos cuidadores formais refiram que o idoso não

deve ser tratado como uma criança, as suas ações denunciam o inverso (Reis & Ceolim, 2007).

Considerando todas as variáveis supramencionadas, o género do idoso apresenta-se como um fator essencial a ser observado. Devido à desigualdade entre mulheres e homens no que diz respeito à expectativa de vida, em que o género feminino se mostra mais “duradouro” e alvo, maioritariamente, de idadismo, como por exemplo acontece no Brasil (Almeida, Mafra, Silva, & Kanso, 2015), trata-se, ainda assim, de uma vertente detetada em alguns estudos internacionais, estudos esses que observaram que as mulheres podem sofrer efeitos acentuados de idadismo, não só por se autoavaliarem como “velhas” face aos homens, como também por serem consideradas ainda mais frágeis que outro idoso ou mesmo por causas não especificadas, embora se tenha verificado um efeito significativo do género feminino como variável a ser estudada (Chrisler, Barney & Palatino, 2016; McGann et al., 2016; Vieira, 2019).

Por sua vez, um estudo de Ushoa e Lima-Costa (2011), realizado na região de Bambuí (Brasil) com o objetivo de estudar as representações sociais do envelhecimento ativo, demonstrou que a perceção do idoso a respeito do envelhecimento é pejorativa, o que dá uma particularidade de homogeneidade ao processo do envelhecimento. Em contrapartida, o mesmo estudo revela que o idoso, a respeito do envelhecimento, tem uma perceção positiva, pois revela ser uma fase heterogênea, na qual cada indivíduo envelhece de forma diferente.

Ao invés, um estudo de Silva, Fossati e Portella (2007), realizado através do método de entrevista, com idosos do género masculino entre os 62 e os 78 anos de idade, com o objetivo de conhecer as modificações e representações sociais decorrentes do envelhecimento na perspetiva do idoso, frequentador de um grupo de terceira idade, revela que estes percecionam o seu processo de envelhecimento associado a três níveis: biológico (a maioria associou à perda da força muscular), social (em relação com as representações sociais) e psicológico (ligado a conflitos intergeracionais presentes no contexto familiar). Os autores constataram que os idosos entrevistados aceitam o seu envelhecimento de forma passiva e superam bem as mudanças inerentes à idade.

Atendendo à variável sociodemográfica tempo de serviço de prestação de cuidados, estudos de Garcia (2009) demonstram que a maioria dos cuidadores está nesta situação entre três a cinco anos. Relativamente ao número de horas que os cuidadores despendem, diariamente, para estes cuidados, no geral, varia entre 10 a 20 horas, seguidos pelos

cuidadores que despendem de 24 horas por dia para o apoio ao idoso. Neste âmbito, inclui-se ainda o estudo de Anjos e colaboradores (2017) que, quanto ao tempo de prestação de cuidados, 32.7% dos cuidadores de idosos dedicam-se há 15 anos ao cuidado, e 8.6% dos cuidadores prestam cuidados por tempo superior a 16 anos, sendo que 89.6% dos cuidadores, cuidavam em tempo inteiro.

Por fim, no que diz respeito à variável sociodemográfica do nível escolar, em Portugal 47% da população portuguesa tem o ensino primário, segundo os dados da Pordata (2017). O mesmo acontece com a amostra do estudo de Barroso (2018) em que grande parte da amostra apresenta idade avançada, pelo que é nessas idades que o nível escolar é mais baixo. Todavia, apenas 24.2% da amostra do estudo apresenta o nível escolar obrigatório. Esta variável (início da década de 50 a meados da década de 70), resulta do crescimento das taxas de escolarização em níveis mais elevados do que os detidos pelas gerações anteriores, e traduziu-se num crescimento efetivo das oportunidades sociais devido às mudanças na estrutura social e económica, particularmente as resultantes do forte crescimento económico nesse período (Barroso, 2018).

Contudo num estudo de Colomé e colaboradores (2011), com o intuito de avaliar a representação social do idoso, na perspetiva dos cuidadores formais de idosos em lares de acolhimento, os resultados referem que o nível escolar pode ter influência na prestação de cuidados, através da realização de atividades do cuidador, como por exemplo o auxílio na toma da medicação, o acompanhamento do idoso a consultas médicas, a capacidade para compreender e transmitir orientações médicas, entre outros aspetos.

2. Estudo empírico

2.1. Método e desenho de estudo

Para este estudo, optou-se pela promoção de uma pesquisa de índole quantitativa, descritivo correlacional. O método de investigação quantitativa consiste num processo sistemático de recolha de dados observáveis e quantificáveis (Fortin, Côté, & Filion, 2009) a fim de testar hipóteses com base na medição numérica e na análise estatística para estabelecer padrões de comportamento (Hernández, Fernández, & Baptista, 2006).

Este tem como propósito contribuir para o desenvolvimento e validação dos conhecimentos; promove a possibilidade de generalizar os resultados, de prever e de controlar os acontecimentos (Freixo, 2018). A este respeito, o tipo de desenho de estudo consiste no desenho explicativo, nomeadamente, desenho descritivo correlacional na medida em que o seu propósito visa explorar relações entre um conjunto de conceitos e fatores a fim de determinar os que possam estar associados a um fenómeno em particular (Fortin, Côté, & Filion, 2009; Freixo, 2018).

2.2. Objetivos (geral e específicos)

Atendendo à revisão da literatura, o presente estudo tem como objetivo geral realizar um estudo comparativo entre as representações sociais do envelhecimento ativo dos idosos e cuidadores formais.

Os objetivos específicos consistem em: verificar se existe relação entre as representações sociais do envelhecimento ativo e a idade; analisar se as representações sociais do envelhecimento ativo variam em função do género; avaliar se as representações sociais do envelhecimento ativo variam em função do nível escolar e, por fim, estudar se as representações sociais do envelhecimento ativo variam em função do tempo de serviço de prestação de cuidados por parte dos cuidadores formais.

2.3. Hipóteses

De modo a corresponder aos objetivos, foram colocadas as seguintes hipóteses:

H_{1a} – Verificar se existe relação entre as representações sociais do envelhecimento ativo e a idade dos idosos (Demakakos et al., 2007; Kotter-Grün & Hess, 2012).

H_{1b} - Verificar se existe relação entre as representações sociais do envelhecimento ativo e a idade dos cuidadores formais (Campos, Dias & Rodrigues, 2011).

H_{2a} – Analisar se as representações sociais do envelhecimento ativo variam em função do género dos idosos (Daniel et al., 2016; Torres et al., 2016).

H_{2b} - Analisar se as representações sociais do envelhecimento ativo variam em função do género dos cuidadores formais (Arnold-Cathalifaud, Thumala, Urquiza, & Ojeda, 2008; Torres et al., 2016; Zamberini et al., 2008).

H_{3a} – Apurar se as representações sociais do envelhecimento ativo variam em função do nível escolar dos idosos (Fernandes & Andrade, 2016; Ferreira, Alexandre, & Lemos, 2011; Ribeiro et al., 2008; Vitorino, Paskulin, & Vianna, 2012).

H_{3b} - Apurar se as representações sociais do envelhecimento ativo variam em função do nível escolar dos cuidadores formais (Barroso, 2018; Colomé et al., 2011).

H₄ – Investigar se as representações sociais do envelhecimento ativo dos cuidadores formais variam em função do Tempo de serviço de prestação de cuidados (Mazza & Lefèvre, 2005).

H₅ – Comparar de que forma as representações sociais do envelhecimento ativo dos idosos se relacionam com as dos seus cuidadores formais (Daniel et al., 2015).

2.4. Descrição da Amostra

A amostra do presente estudo é do tipo não probabilístico no sentido em que a escolha dos participantes foi realizada de forma não-aleatória, tratando-se, assim, de uma escolha por conveniência, considerando a característica da população idosa em Portugal. Isto é, segundo a Base de Dados de Portugal Contemporâneo (Pordata, 2018), atualizada em 2018, o índice de percentagem da idade de mulheres idosas em Portugal é de 298.697 % (dos 65 anos de idade) até 593.066 % (\geq aos 75anos de idade). No que diz respeito ao índice de percentagem da idade de homens idosos em Portugal os dados revelam que é de 253.004 % (dos 65 anos de idade) até 368.859 % (\geq aos 75anos de idade). Assim, a amostra do presente estudo é constituída por 90 participantes, dos quais 45 idosos e 45 cuidadores formais (N=90).

Os idosos encontram-se institucionalizados em lares de acolhimento pertencentes ao distrito de Braga, dos quais 35 são do género feminino (77.8%) e 10 são do género masculino (22.2%), com idades compreendidas entre os 65 e os 85 anos de idade (M=2.04; DP=.824). Relativamente ao nível escolar, constatou-se que 5 não possuem escolaridade (11.1%), 24 possuem o 1º Ciclo (53.3%), 4 possuem o 2º Ciclo (8.9%), 6 possuem o 3º Ciclo (13.3%) e, por fim, 6 possuem o Ensino Secundário (13.3%).

No que diz respeito aos cuidadores formais, 42 são do género feminino (93.3%) e 3 são do género masculino (6.7%), com idades compreendidas entre os 65 e os 85 anos de idade ($M=1.93$; $DP=.837$). Relativamente ao nível escolar, constatou-se que 2 possuem o 1º Ciclo (4.4%), 7 possuem o 2º Ciclo (15.6%), 12 possuem o 3º Ciclo (26.7%), 18 possuem o Ensino Secundário (40.0%) e, por fim, 6 possuem o Ensino Superior (13.3%). Quanto ao tempo de serviço de prestação de cuidados, 12 referem prestar cuidados há cerca de 6 meses até 2 anos (26.7%), 17 referem prestar cuidados há cerca de 2 anos até 6 anos (37.8%), e 16 referem prestar cuidados há cerca de 6 anos até aos 20 anos (35.6%).

Os participantes do estudo foram escolhidos mediante uma listagem de nomes de utentes institucionalizados em duas valências da terceira idade do distrito de Braga, pelo que os cuidadores formais que tomaram parte neste estudo pertencem, também, a estas instituições e valências.

Esta listagem foi cedida pelos Diretores Técnicos de cada valência e a seleção dos participantes no estudo foi realizada dentro das características necessárias para a investigação, com o auxílio da Psicóloga da instituição.

Como critérios de inclusão foram tidos em conta idosos que não apresentassem défice cognitivo, com idades igual ou superior a 65 anos de idade até aos 85 anos de idade, acrescentando ainda o critério da amostra ser por conveniência, tal como referido anteriormente.

Como critérios de exclusão foram tidos em conta idosos com défice cognitivo e com idades superiores a 85 anos de idade.

Tabela 1
Descrição da amostra.

Variável	Grupos	Frequência	Percentagem (%)
Género Idosos	Masculino	10	22.2
	Feminino	35	77.8
Idade Idosos	65-73 anos	14	31.1
	73-80 anos	15	33.3
	80-85 anos	16	35.6
Nível escolar Idosos	Sem escolaridade	5	11.1

Continua

Variável	Grupos	Frequência	Percentagem (%)
	1º Ciclo	24	53.3
	2º Ciclo	4	8.9
	3º Ciclo	6	13.3
	Ensino Secundário	6	13.3
Género Cuidadores	Masculino	3	6.7
	Feminino	42	93.3
Idade Cuidadores	20-40 anos	17	37.8
	40-50 anos	14	31.1
	50-60 anos	14	31.1
Nível escolar Cuidadores	1º Ciclo	2	4.4
	2º Ciclo	7	15.6
	3º Ciclo	12	26.7
	Ensino Secundário	18	40.0
	Ensino Superior	6	13.3
Tempo de Prestação de Serviços	6 meses-2 anos	12	26.7
	2 anos-6 anos	17	37.8
	6 anos-20 anos	16	35.6

2.5. Instrumentos

A avaliação dos dados sociodemográficos acerca da amostra corresponde à idade, ao género, ao nível escolar e ao tempo de serviço de prestação de cuidados.

Para realizar a presente investigação foram utilizados cinco instrumentos: uma folha de Consentimento Livre e Informado, um Questionário Sociodemográfico, o Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional de Idosos (OARS), o Questionário Atitudes face ao Envelhecimento, versão curta (AAQ-12) e a Escala de Kogan de Atitudes para com as Pessoas Idosas (AKPI).

De modo a avaliar o envelhecimento ativo, foi utilizado o questionário de Avaliação Funcional Multidimensional de Idosos (OARS) (versão original de Fillenbaum & Smyer, 1981; adaptado para a população portuguesa por Rodrigues, 2008), cujo objetivo traduz-se em medir e avaliar a capacidade funcional do idoso em cinco áreas fundamentais: recursos sociais, recursos económicos, saúde mental, saúde física e atividades de vida diária (Rodrigues, 2008).

É um instrumento que se encontra dividido em duas partes, podendo estas ser utilizadas em conjunto ou separadamente, e é aplicado sob a forma de entrevista, ainda que com respostas fechadas, não existindo tempo limite de resposta. Contudo, no presente estudo este instrumento não vai ser utilizado na íntegra uma vez que, considerando as variáveis em estudo, torna-se pertinente incidir, sobretudo, nas subescalas relativas à saúde mental, saúde física e atividades de vida diária do idoso.

Assim, para cada escala, a capacidade funcional do idoso pode ser classificada numa escala tipo *Likert*, que varia sobre seis categorias (1- Muito bom a 6- Totalmente insatisfatório). Os perfis funcionais caracterizam grupos funcionalmente equivalentes. Considera-se que todas as pessoas com um mesmo perfil têm idênticas incapacidades e, portanto, um funcionamento similar (Fillenbaum, 2013).

A incapacidade global é determinada a partir do somatório das pontuações de incapacidade em cada uma das áreas. Nesta medida, para o cálculo desta escala é tido em conta o questionário preliminar *Short Portable Mental Status Questionnaire* (SPMSQ) com 10 perguntas que permite avaliar o défice da função cognitiva. Caso o idoso errar quatro ou mais questões, o informante deve responder a todas as questões, com exceção das consideradas subjetivas, que questionam sentimentos dos sujeitos (Rodrigues, 2008).

Em relação às propriedades psicométricas do instrumento, foi testada a confiabilidade das cinco escalas de avaliação funcional do instrumento, coeficiente *Alfa de Cronbach*, situando-se entre 0.64 e 0.91, apresentadas por valores de $\alpha=0.91$ na subescala de atividades de vida diária (AVD's), na subescala de saúde mental o valor global de $\alpha=0.83$ e na subescala saúde física o valor global de $\alpha=0.85$. Para a validade de critério, os valores são relativamente baixos à correlação de *Pearson* (<0.700), obtidos na correlação com o instrumento *Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form General Health Survey*, demonstram a dificuldade em dispor, na avaliação da saúde, de medidas de critério com as quais novos instrumentos possam ser comparados. No estudo da reprodutibilidade, os

valores da correlação de *Pearson* situaram-se entre 0.86 (subescala de autoavaliação de saúde mental) e 1.00 (subescala de atividades de vida diária – AVD's) (Rodrigues, 2008).

Através da análise fatorial, os autores apontaram que, no desenvolvimento do questionário, na avaliação da saúde mental o modelo resultante explica 54.7% da variância total, sendo identificados os fatores: satisfação, letargia e paranoia; para a avaliação da saúde física um único fator explica 85.3 % da variância total; na avaliação dos recursos sociais, o modelo encontrado explica 67,4% da variância total e inclui as componentes ajuda, afetos e contactos; nos recursos económicos é identificado um único fator que explica 67,3% da variância total. Por fim, na avaliação das atividades de vida diária (AVD's) reportam-se 2 fatores, tal como registado na versão original. A validade do instrumento é ainda defendida pela significância das relações obtidas entre as pontuações de incapacidade funcional e o SF-36 (Rodrigues, 2008).

No presente estudo, os valores de *Alfa de Cronbach* demonstraram-se satisfatórios e foram os seguintes para cada subescala: Saúde Mental - .81; Saúde Física - .65; e Atividades de Vida Diárias (AVD's) - .84.

No sentido de estudar as representações sociais do envelhecimento ativo considerando as perceções dos idosos, foi utilizado o Questionário de Atitudes face ao Envelhecimento, versão curta (AAQ-12) (versão original de Laidlaw et al., 2018; adaptado para a população portuguesa por Cunha, 2018), cujo objetivos versam captar a experiência individual de envelhecimento e avaliar as atitudes em relação ao próprio envelhecimento.

A sua estrutura sugere, ainda, a possibilidade de operacionalizar e avaliar o envelhecimento ativo (1. reduzida probabilidade de doença e de incapacidade associada a doença; 2. alta capacidade de funcionamento cognitivo e físico; 3. compromisso ativo com a vida – manutenção de relações interpessoais e de atividade produtiva) (Cunha, 2018).

Este instrumento de autopreenchimento fornece um perfil de pontuações ao nível das subescalas que avalia: Mudança Física (MF) - foca o funcionamento físico mais abrangente, com itens relativos à saúde, exercício e experiência de envelhecimento propriamente dita; Perda Psicossocial (PP) - a velhice é percebida primariamente como uma experiência negativa, envolvendo perda psicológica e social relevante; e Crescimento Psicológico (CP) - abrange uma perspetiva explicitamente positiva, podendo ser sintetizada em “sabedoria/crescimento pessoal”, e cujos itens refletem ganhos

positivos em relação ao próprio/self e aos outros - por isso não deve ser efetuada a soma total dos 12 itens. Os itens de cada subescala devem ser somados. Quanto maior a pontuação, mais atitudes positivas face ao envelhecimento. Apenas na subescala Perda Psicossocial, uma pontuação mais elevada indica atitudes mais negativas face ao envelhecimento nessa dimensão. Para cada subescala, a pontuação varia entre 4 e 20. As três subescalas advogam a perspetiva multidimensional de envelhecimento, onde concorrem ganhos e perdas (Cunha, 2018). Foi conduzida uma Análise Fatorial Confirmatória, cujos resultados foram idênticos aos obtidos da versão original do questionário e outras traduções. Segundo a autora, também se alcançaram valores adequados de consistência interna nas três subescalas ($\alpha_{MF} = .62$, $\alpha_{PP} = .59$ e $\alpha_{CP} = .68$). Verificou-se ainda que atitudes positivas face ao envelhecimento se correlacionam com menor idade, maior escolaridade, maior qualidade de vida e satisfação com a saúde, bem como melhor estado de saúde (Cunha, 2018).

No presente estudo, os valores de *Alfa de Cronbach* demonstraram-se pouco aceitáveis nas seguintes subescalas: Mudança Física (MF) - .28; Crescimento Psicológico (CP) - .39. Porém, na subescala Perda Psicossocial (PP) - .66, o valor de *Alfa de Cronbach* demonstrou-se questionável, notando-se ligeiramente mais alto do que no estudo de adaptação para a população portuguesa.

De forma a estudar as representações sociais do envelhecimento ativo mediante as perceções dos cuidadores formais, foi utilizado o instrumento Escala de Kogan de Atitudes para com as Pessoas Idosas (AKPI) (versão original de Kogan, 1961; adaptado para a população portuguesa por Viegas, 2001), cujo objetivo assenta em avaliar a perceção dos sujeitos em sete áreas relativas aos idosos: (1) segregação através do espaço habitacional (onde e como os idosos devem viver); (2) sentimentos provocados pela convivência com idosos; (3) relações interpessoais entre gerações; (4) homogeneidade dos idosos enquanto grupo; (5) dependência; (6) capacidades cognitivas; (7) aparência pessoal e personalidade. Estas áreas são avaliadas através das respostas dos sujeitos a pares de itens, específicos para cada área (Viegas, 2001).

Trata-se de uma escala de resposta tipo *Likert* (1= discordo completamente a 7= concordo completamente), existindo seis possibilidades de resposta para cada item. Obtém-se assim uma possibilidade de resposta desde muito positiva (1) até muito negativa (7). A ausência de resposta é cotada com o valor 4.

Os itens negativos e positivos estão distribuídos aleatoriamente, apresentando o instrumento duas escalas: a escala negativa (constituída pelos itens negativos) e a escala positiva (constituída pelos itens positivos) (Viegas, 2001).

Para poder comparar entre si os resultados obtidos com cada uma das escalas, as pontuações atribuídas aos itens da escala positiva são revertidas, ou seja, ao valor atribuído pelo sujeito a cada afirmação positiva é subtraído de 8. Deste modo, quer para a escala negativa quer para a escala positiva, pontuações totais baixas indicam atitudes mais favoráveis para com os idosos enquanto que valores elevados indicam atitudes mais desfavoráveis. O valor 3.5 foi estabelecido por Kogan (1961) como o ponto teoricamente neutro.

Os coeficientes de consistência interna obtidos na adaptação portuguesa da escala de Kogan são, na generalidade, semelhantes aos encontrados por Kogan (1961) na amostra americana. Note-se que o valor da escala positiva é ligeiramente mais baixo do que o da negativa, tal como na generalidade dos estudos americanos. Os valores de *alfa de Cronbach* alcançados são moderados mas podem considerar-se aceitáveis. Note-se que nenhuma das escalas, negativa ou positiva, melhoraria substancialmente ao nível da consistência interna, se fossem retirados alguns dos itens. Por esse facto, e apesar das objeções que se podem colocar relativamente a alguns desses itens, decidimos mantê-los, alcançando assim uma maior equivalência de conteúdo entre a versão portuguesa e a americana (Viegas, 2001).

Verificou-se também que, na generalidade, a amplitude das respostas percorre toda a escala (1 a 7) e a existência de um número satisfatório de itens cujos valores correspondentes ao percentil 25 e ao percentil 75 se situam em pontos extremos, atitudes muito positiva e muito negativa face aos idosos. Por fim, verificou-se uma moderada consistência interna, similar à da amostra americana e uma boa estabilidade temporal teste-reteste, com um mês de intervalo. Todavia, Kogan (1961) não realizou o estudo da estabilidade temporal nas suas amostras (Viegas, 2001).

No presente estudo, os valores de *Alfa de Cronbach* demonstraram-se pouco aceitáveis nas seguintes subescalas/áreas: Segregação através do espaço habitacional (Área 1) - .14; Sentimentos provocados pela convivência com idosos (Área 2) - .48; Relações interpessoais entre gerações (Área 3) - .37; Homogeneidade dos idosos enquanto grupo (Área 4) - .23; Dependência (Área 5) - .10; Capacidades cognitivas (Área 6) - .26; Aparência pessoal e personalidade (Área 7) - .23. Todavia, na Escala Negativa -

.80 os valores de *Alfa de Cronbach* demonstraram-se aceitáveis e na Escala Negativa - .68, questionáveis. Note-se que o valor da escala positiva é ligeiramente mais baixo do que o da negativa, tal como no estudo da adaptação para a população portuguesa e, na generalidade dos estudos americanos.

2.6. Procedimentos

Para a elaboração da presente investigação, numa primeira fase procedeu-se à definição da problemática a estudar, sucedendo-se uma abrangente pesquisa bibliográfica atendendo à elaboração do enquadramento teórico, servindo de base para o processo investigativo, definindo-se, deste modo, o objetivo geral e os objetivos específicos do presente estudo, bem como as hipóteses. Após esta pesquisa minuciosa e cuidada de toda a bibliografia estudada, foi possível definir o seguinte tema: Representações sociais do envelhecimento ativo: comparação entre a perceção dos idosos e dos cuidadores. Tendo em conta o tema, considerou-se relevante utilizar quatro instrumentos: Questionário sociodemográfico, Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional de Idosos (OARS), Questionário Atitudes face ao Envelhecimento, versão curta (AAQ-12) e Escala de Kogan de Atitudes para com as Pessoas Idosas (AKPI).

Foram contactados os autores dos estudos de adaptação para a população portuguesa, no sentido de obter as respetivas autorizações para a sua utilização no presente estudo. Os instrumentos foram administrados em duas valências de lares de acolhimento, no distrito de Braga. Anteriormente à sua administração, foi solicitada a autorização do responsável dos respetivos lares de acolhimento.

Os seguintes três instrumentos: Questionário sociodemográfico, Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional de Idosos (OARS) e Questionário Atitudes face ao Envelhecimento, versão curta (AAQ-12) foram aplicados aos idosos, com idades compreendidas entre os 65 e os 85 anos de idade, em contexto individual, presencialmente e de acordo com os horários estabelecidos pela instituição, isto é, fora do horário das horas do lanche, de almoço, de jantar e fora das atividades de grupo estabelecidas na instituição. O instrumento aplicado aos cuidadores formais foi distribuído em contexto de reunião, presencialmente e no horário de descanso durante o período de trabalho dos mesmos.

Os participantes no seu todo foram devidamente informados acerca da sua participação no presente estudo para a recolha dos dados, assegurando, desde o início, o

caráter anónimo e confidencial dos dados. Assim, mediante a apresentação de um consentimento informado acerca do objetivo da investigação, foi delineado que caso os participantes considerassem não participar nesta prática poderiam fazê-lo livremente.

Para além disso, enfatizou-se ainda o facto da não existência de respostas certas ou erradas e a importância de as respostas serem dadas com sinceridade para a obtenção de dados válidos para o estudo.

De seguida, após autorização da instituição e o consentimento por parte dos participantes, a implementação e recolha dos questionários levou a um aumento de intervalo inesperado devido às circunstâncias inerentes à pandemia Covid-19, ocorrendo, nesta medida, em duas fases. Primeiramente, a recolha de dados direcionada para os idosos sucedeu-se entre os dias 18 de Fevereiro até 6 de Março de 2020. Contudo, esta foi suspensa por três meses e, após novo pedido de retoma de dados ao responsável dos lares de acolhimento, foi-me autorizado a segunda fase de recolha direcionada para os idosos no início do mês de Julho, particularmente, desde o dia 1 até ao dia 8 desse mesmo mês. A recolha de dados direcionada para os cuidadores realizou-se em dois dias na primeira fase da recolha, nomeadamente, nos dias 20 e 21 de Fevereiro de 2020.

Uma vez que os questionários foram distribuídos em horários estabelecidos fora do contexto de trabalho dos cuidadores e fora de atividades em horários fixos no que concerne aos idosos, com uma duração de trinta minutos, estiveram presentes em ambas as recolhas, a investigadora e os participantes.

Tanto os idosos como os cuidadores formais, demonstraram-se bastantes recetivos no que toca ao preenchimento dos questionários, não havendo qualquer recusa. Existiu uma constante exposição de dúvidas por parte dos idosos à investigadora, especialmente, no que concerne ao questionário OARS, na medida em que havia questões que suscitavam maior diálogo por parte dos participantes, no sentido em que desencadeavam eventos/experiências de vida passadas, tal como por exemplo nas seguintes questões: questão 31 - “Com que frequência se preocupa com as coisas em geral?”; questão 55 - “De que modo é que os seus problemas de saúde interferem na sua vida?”.

Além disso, nesse mesmo questionário, surgiu a necessidade, por parte da investigadora, de, por vezes, reformular o português em algumas questões devido ao nível escolar dos utentes, tais como: questão 33 - “Como descreveria, em geral, satisfação com a vida?”; questão 34.1 - “Acorda fresco/a e descansado/a quase todas as manhãs?”; questão 34.2 - “A sua vida está cheia de coisas que o/a mantêm interessado/a?”; questão

34.5 – “Teve períodos de dias, semanas ou meses em que não podia ocupar-se de nada porque não aguentava mais?”.

O facto de a aplicação dos questionários aos idosos ter decorrido em contexto individual levou a que, por vezes, o tempo de aplicação dos mesmos demorasse mais do que o previsto, tendo em conta as razões de cariz pessoal de cada idoso, subjacentes às questões exemplificadas anteriormente.

Posteriormente à administração dos questionários procedeu-se à respetiva enumeração aleatoriamente, sendo que os procedimentos de tratamento e análise estatística foram codificados e analisados a partir do programa de tratamento estatístico IBM SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 23, a fim de caracterizar a amostra, de verificar as hipóteses levantadas neste estudo bem como à obtenção de resultados.

3. Resultados

No sentido de facilitar a leitura e interpretação dos resultados, inicialmente serão apresentados os resultados das análises descritivas das pontuações do presente estudo e dos estudos de adaptação dos instrumentos utilizados.

Posteriormente, serão apresentados os resultados da análise das representações sociais do envelhecimento ativo em função das variáveis consideradas no presente estudo, pela ordem das hipóteses enumeradas anteriormente. Após a recolha de dados e da aplicação dos questionários utilizou-se o IBM SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences* para proceder à análise dos mesmos.

Neste sentido, o cálculo da normalidade da amostra foi efetuado, em primeiro lugar, através da aplicação dos testes de *Kolmogorov-Sminov* e de *Shapiro-Wilk* e pela análise da *Curtose* a fim de testar a distribuição dos valores de cada variável, de forma a compreender qual o teste mais eficaz para correlacioná-las. De acordo com os resultados obtidos no presente estudo foram utilizados testes paramétricos quando se verificasse a presença da normalidade da amostra, e testes não paramétricos quando a amostra não cumpria uma distribuição normal. Face a isto, foram realizados testes de Correlação, mediante o teste de correlação linear *r de Pearson* e o teste de associação *rho de Spearman*. Os critérios aplicados na interpretação da magnitude das correlações foram os de Bryman e Cramer (2003), isto é, < 0.20 é muito baixa; ≥ 0.20 e < 0.40 é baixa; ≥ 0.40 e < 0.70 é moderada; ≥ 0.70 e < 0.90 é alta; ≥ 0.90 é muito alta. Realizaram-se testes de

diferenças, tais como: o teste *t student*, o teste *U Mann-Whitney*, o teste *Kruskal-Wallis* e o teste *One-Way ANOVA (post-hoc: com comparação múltipla de médias)*.

Análises descritivas

As tabelas 2, 3 e 4 apresentam as medidas descritivas relativas aos dados recolhidos e obtidos no presente estudo com os questionários AAQ, AKPI e OARS.

Tabela 2

Média e Desvio Padrão do AAQ para as diferentes subescalas no presente estudo.

Subescalas AAQ	Dados do Presente Estudo	
	N=90	
	M	DP
MF	14.28	3.03
PP	12.42	3.65
CC	15.82	2.63

Nota: AAQ – Atitudes face ao Envelhecimento; MF – Mudança Física; PP - Perda Psicossocial; CC – Crescimento Psicológico; M - Média; DP - Desvio-Padrão.

Conforme os resultados apresentados na tabela 2, é possível entender que as médias e o desvio-padrão das subescalas do AAQ no presente estudo (N=90) encontram-se altas: MF (M=14.28, DP=3.03), PP (M=12.42, DP=3.65) e CC (M=15.82, DP=2.63). Tais dados permitem constatar que em comparação com o presente estudo, as médias e respetivos desvio-padrão das subescalas no estudo de adaptação (N=236) apresentam resultados inferiores aos dados do presente estudo: MF (M=14.04, DP=3.01), PP (M=9.05, DP=2.76) e CC (M=16.94, DP=2.36).

Tabela 3

Média e Desvio Padrão do AKPI para as diferentes subescalas no presente estudo.

Subescalas AKPI	Dados do Presente Estudo	
	N=90	
	M	DP
Total Escala Negativa	53.2	15.66
Total Escala Positiva	64.33	11.61

Nota: AKPI - Escala de Atitudes de Kogan para com as Pessoas Idosas; M - Média; DP - Desvio-Padrão.

Atendendo aos resultados apresentados na tabela 3, foi possível verificar que a média do total da Escala Negativa do AKPI no presente estudo (N=90) encontra-se mais baixa (M=53.2) em comparação com a média total da Escala Negativa (M=55.17) do estudo de adaptação (N= 672). Contudo, no que diz respeito ao desvio-padrão do total da Escala Negativa do presente estudo (DP=15.66), os dados demonstram que este resultado encontra-se mais alto comparativamente ao desvio-padrão do total da Escala Negativa do estudo de adaptação (DP=12.01).

Por fim, é possível constatar que os dados correspondentes à média e desvio-padrão do total da Escala Positiva no presente estudo encontram-se mais altos (M=64.33, DP=11.61), do que os dados no total da Escala Positiva do estudo de adaptação (M=55.67, DP=9.64).

Tabela 4

Média e Desvio Padrão do OARS para as diferentes subescalas no presente estudo.

Subescalas OARS	Dados do Presente Estudo	
	N=90	
	M	DP
Saúde Mental	25.28	5.67
Saúde Física	17.64	4.18
AVD's	21.73	4.10

Nota: OARS - Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional de Idosos; AVD's – Atividades de Vida Diárias; M - Média; DP - Desvio-Padrão.

Foi possível verificar, conforme os resultados apresentados na tabela 4, que as médias e desvio-padrão obtidos no presente estudo nas dimensões do OARS são as seguintes: Saúde Mental (M=25.28, DP=5.67), Saúde Física (M=17.64, DP=4.18) e AVD's (M=21.73, DP=4.10).

No sentido de averiguar as diferenças existentes entre as dimensões do presente estudo (N=90) e do estudo de adaptação do OARS (N=302), e após ter estabelecido contacto com o autor, não foi possível proceder à comparação da Média e Desvio-Padrão entre o presente estudo e o estudo de adaptação do OARS para as subescalas supramencionadas, uma vez que os valores para a Média e Desvio-Padrão no processo que levou à validação do OARS (Dissertação de Mestrado em Saúde Pública – Universidade de Coimbra, Faculdade de Medicina, 1999) só foram determinados para a

relação entre as subescalas Autoavaliação e Pontuação de Incapacidade Funcional (PIF) do instrumento.

Representações sociais do envelhecimento ativo e idade dos idosos

No sentido de verificar se existe relação entre as representações sociais do envelhecimento ativo e a idade dos idosos, recorreu-se ao *teste de correlação linear r de Pearson* (uma vez que a distribuição da subescala Mudança Física (MF) do AAQ é normal) e ao *teste de associação rho de Spearman* (no sentido em que nas subescalas Perda Psicossocial (PP) e Crescimento Psicológico (CP) do AAQ, tal como nas subescalas Saúde Mental, Saúde física e AVD'S do OARS não foi possível assumir a sua normalidade).

Como se percebe na tabela seguinte (Tabela 5), foi encontrada uma relação negativa e moderada entre a subescala Mudança Física (MF) e a idade ($r=-.087$, $p=.570$) da escala AAQ, o que significa que os idosos com menor percepção acerca da sua mudança física pessoal (ou seja, ao seu envelhecimento físico, à sua saúde, ao exercício e à sua experiência de envelhecimento propriamente dita), são aqueles que apresentam maior idade, e uma relação negativa e moderada entre a subescala Crescimento Psicológico (CP) e a idade ($r_{sp}=-.057$, $p=.711$) da escala AAQ, o que significa que idosos com menor percepção sobre o seu Crescimento Psicológico (ou seja, uma perspetiva que reflete ganhos positivos em relação ao *self* e aos outros), são aqueles que apresentam maior idade. Nas restantes subescalas não há uma relação significativa ($p>.05$).

Tabela 5

Representações sociais do envelhecimento ativo e idade dos idosos.

Escalas	Subescalas	Coeficientes de correlação			
		<i>Pearson</i>		<i>Spearman</i>	
		<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>rho</i>
AAQ	Mudança física (MF)	.570	-.087		
	Perda psicossocial (PP)			.319	.152
	Crescimento psicológico (CP)			.711	-.057
OARS	Saúde mental			.594	.082
	Saúde física			.978	.004
	Atividade de vida diária (AVD's)			.603	.080

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

Nota: AAQ – Atitudes face ao Envelhecimento; OARS - Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional de Idosos; *p* – Significância Estatística; *r* - Valor do teste Pearson; *rho* – Valor do teste Spearman.

Representações sociais do envelhecimento ativo e idade dos cuidadores formais

Do mesmo modo, de forma a verificar se existe relação entre as representações sociais do envelhecimento ativo e a idade dos cuidadores formais, recorreu-se ao *teste de correlação linear r de Pearson* (uma vez que se verificou uma distribuição normal da amostra no AKPI no que corresponde ao total da Escala Positiva e Escala Negativa bem como em cinco subescalas/áreas: Relações intrapessoais gerações (Área 3), Homogeneidade idosos grupo (Área 4), Dependência (Área 5), Capacidades cognitivas (Área 6) e Aparência pessoal e personalidade (Área 7)) e ao *teste de associação rho de Spearman* (na medida em que nas restantes subescalas/áreas do AKPI: Segregação do espaço habitacional (Área 1) e Sentimentos convivência idosos (Área 2) não foi possível assumir a sua normalidade).

Desta forma, na tabela abaixo (Tabela 6) é possível verificar que não existem diferenças significativas em função da idade dos cuidadores formais relativamente às variáveis em estudo ($p > .05$), o que significa que a idade dos cuidadores formais não se encontra relacionada com a perceção destes em relação ao envelhecimento ativo, atendendo às respetivas áreas do AKPI, subjacentes aos idosos.

Tabela 6

Representações sociais do envelhecimento ativo e idade dos cuidadores formais.

Escala	Subescalas/Áreas	Coeficientes de correlação			
		Pearson		Spearman	
		<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>rho</i>
	Total Escala Positiva	.444	-.117		
	Total Escala Negativa	.755	.048		
	Segregação do espaço habitacional (Área 1)			.693	.061
AKPI	Sentimentos convivência idosos (Área 2)			.200	-.195
	Relações intrapessoais (Área 3)	.690	-.061		
	Homogeneidade idosos grupo (Área 4)	.693	-.061		
	Dependência (Área 5)	.495	.104		

Continua

Escala	Subescalas/Áreas	Coeficientes de correlação			
		Pearson		Spearman	
		<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>rho</i>
	Capacidades cognitivas (Área 6)	.879	-.023		
AKPI	Aparência pessoal e personalidade (Área 7)	.744	.044		

p* <0.05 *p* <0.01

Nota: AKPI - Escala de Atitudes de Kogan para com as Pessoas Idosas; *p* – Significância Estatística; *r* - Valor do teste Pearson; *rho* – Valor do teste Spearman.

Representações sociais do envelhecimento ativo e género dos idosos

Foi utilizado o teste de diferenças inter-sujeitos *t de student*, dado que se verificou uma distribuição normal da amostra na Mudança Física (MF) (subescala do AAQ). Na tabela seguinte (Tabela 7) é possível verificar que não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ($p > .05$) relativamente à Mudança física (MF) [$t_{(43)} = -.573$, $p = .569$] em função dos homens idosos (M=13.80, DP=3.425) bem como das mulheres idosas (M=14.42, DP=2.953), o que significa que não existem diferenças em relação à percepção dos homens idosos e mulheres idosas acerca da sua mudança física, de acordo com a variável “género”.

Foi ainda utilizado o teste *U Mann-Whitney* para avaliar as restantes subescalas das representações sociais do envelhecimento ativo em relação ao género dos idosos. Os resultados apresentados na tabela seguinte permitem perceber que não existem diferenças estatisticamente significativas ($p > .05$) na percepção dos idosos acerca da Perda Psicossocial, do Crescimento Psicológico, da Saúde Mental e Física, tal como das Atividades de Vida Diárias (AVD's), de acordo com o género, o que significa que as representações sociais do envelhecimento ativo não são diferentes entre homens idosos e mulheres idosas.

Tabela 7

Representações sociais do envelhecimento ativo e género dos idosos.

Escala	Subescalas	Testes				
		Teste <i>t</i>			Mann-Whitney	
		<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
	Mudança física (MF)	-.573	43	.569		
AAQ	Perda psicossocial (PP)				154.500	.573
	Crescimento psicológico (CP)				173.500	.956
	Saúde mental				173.500	.967
OARS	Saúde física				135.000	.272
	Atividades de vida diárias (AVD's)				166.500	.816

p* <0.05 *p* <0.01

Nota: AAQ - Atitudes face ao Envelhecimento; OARS - Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional de Idosos; *t* – Valor do teste *t* de Student; *gl* – Graus de Liberdade; *p* – Significância Estatística; *U* – Valor do teste Mann-Whitney.

Representações sociais do envelhecimento ativo e género dos cuidadores formais

O teste de diferenças inter-sujeitos *t student* foi, de igual forma, utilizado para analisar as representações sociais do envelhecimento ativo, através das seguintes subescalas/áreas do AKPI: Total Escala positiva, Total Escala Negativa, Relações Intrapessoais (Área 3), Homogeneidade idosos grupo (Área 4), Dependência (Área 5), Capacidades cognitivas (Área 6) e Aparência pessoal e personalidade (Área 7) em função dos cuidadores formais do género masculino. Assim, na tabela 8 é possível verificar que não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ($p >.05$) no total da escala positiva e negativa, nas Relações intrapessoais entre gerações, na Homogeneidade dos idosos enquanto grupo, na Dependência, nas Capacidades cognitivas, na Aparência pessoal e personalidade, de acordo com o género, o que significa que as perceções dos cuidadores formais em relação ao envelhecimento ativo, considerando as respetivas áreas, não se encontram relacionadas com a variável “género”.

Foi também utilizado o teste *U Mann-Whitney* para avaliar as restantes subescalas/áreas das representações sociais do envelhecimento ativo assentes no AKPI (Segregação do espaço habitacional (Área 1) e Sentimentos convivência idosos (Área 2)) entre o género dos cuidadores formais. Os resultados apresentados na tabela abaixo

(Tabela 8) demonstram que não existem diferenças estatisticamente significativas ($p > .05$) na Segregação do espaço habitacional (isto é, onde e como os idosos devem viver) e nos Sentimentos provocados pela convivência com idosos, de acordo com o gênero, o que significa que as representações sociais do envelhecimento ativo dos cuidadores formais não se diferenciam entre cuidadores formais do gênero masculino e do gênero feminino.

Tabela 8

Representações sociais do envelhecimento ativo e gênero dos cuidadores formais.

Escala	Subescalas/Áreas	Testes				
		Teste <i>t</i>			Mann-Whitney	
		<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
	Total Escala Positiva	-.664	43	.510		
	Total Escala Negativa	.698	43	.489		
	Segregação do espaço habitacional (Área 1)				60.000	.891
	Sentimentos convivência idosos (Área 2)				57.500	.801
AKPI	Relações intrapessoais (Área 3)	-.925		.360		
	Homogeneidade idosos grupo (Área 4)	.942		.074		
	Dependência (Área 5)	.150		.882		
	Capacidades cognitivas (Área 6)	-.185		.854		
	Aparência pessoal e personalidade (7)	-.082		.935		

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

Nota: AKPI - Escala de Atitudes de Kogan para com as Pessoas Idosas; *t* – Valor do teste *t* de Student; *gl* – Graus de Liberdade; *p* – Significância Estatística; *U* – Valor do teste Mann-Whitney.

Representações sociais do envelhecimento ativo e nível escolar dos idosos

Uma vez que a variável “nível escolar dos idosos” se traduz numa variável ordinal que define seis grupos para os quais se pretende verificar se as médias obtidas nas subescala Mudança Física (MF) do AAQ são diferentes, foi aplicado o teste de diferenças inter-sujeitos ANOVA. Como apresenta a tabela seguinte (Tabela 9), é possível analisar que não existem diferenças significativas ($p > .05$), na Mudança física, de acordo com o

nível escolar dos idosos, o que significa que a percepção dos idosos face ao envelhecimento ativo, nomeadamente, à mudança física pessoal não varia em função do seu nível escolar.

Com recurso ao *teste de diferenças de Kruskal-Wallis*, utilizado como alternativa não paramétrica ao *teste de diferenças inter-sujeitos ANOVA*, foi possível verificar na tabela abaixo que não foram encontradas diferenças significativas em função do nível escolar dos idosos relativamente às variáveis em estudo ($p > .05$), o que significa que a percepção dos idosos acerca das restantes variáveis correspondentes ao envelhecimento ativo, não varia em função do seu nível escolar.

Tabela 9

Representações sociais do envelhecimento ativo e nível escolar dos idosos.

Escala	Subescalas	Testes			
		One-way ANOVA		Kruskal-Wallis	
		F	p	χ^2	p
	Mudança física (MF)	.768	.552		
AAQ	Perda psicossocial (PP)			3.017	.555
	Crescimento psicológico (CP)			4.158	.385
OARS	Saúde mental			3.977	.409
	Saúde física			4.983	.289
	Atividades de vida diárias (AVD's)			4.263	.372

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

Nota: AAQ - Atitudes face ao Envelhecimento; OARS - Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional de Idosos; F – Valor do teste ANOVA; p – Significância Estatística; χ^2 – Valor do teste Kruskal-Wallis.

Representações sociais do envelhecimento ativo e nível escolar dos cuidadores formais

O *teste de diferenças inter-sujeitos ANOVA* foi, de igual forma, utilizado para verificar as representações sociais do envelhecimento ativo, através das subescalas do AAQ e OARS em função do nível escolar dos cuidadores formais. Assim, na tabela 10 é possível verificar que não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ($p > .05$), nos totais da escala positiva e negativa, nas Relações intrapessoais, na Homogeneidade dos idosos enquanto grupo, na Dependência, nas Capacidades Cognitivas e na Aparência pessoal e personalidade, de acordo com o nível escolar dos

cuidadores formais, o que significa que a percepção dos cuidadores formais acerca do envelhecimento ativo, nas respectivas áreas do AKPI, não varia em função do seu nível escolar.

O teste de diferenças de *Kruskal-Wallis* utilizado na tabela seguinte (Tabela 10) permitiu concluir que, tal como ocorreu no nível escolar dos idosos, não foram encontradas diferenças significativas em função do nível escolar dos cuidadores formais relativamente às variáveis em estudo ($p > .05$), o que significa que a percepção dos cuidadores formais acerca das restantes variáveis correspondentes ao envelhecimento ativo, não varia em função do seu nível escolar, pelo que as representações sociais do envelhecimento ativo se diferenciam entre o nível escolar dos cuidadores formais.

Tabela 10

Representações sociais do envelhecimento ativo e nível escolar dos cuidadores informais.

Escala	Subescalas/Áreas	Testes			
		<i>One-way ANOVA</i>		<i>Kruskal-Wallis</i>	
		F	<i>p</i>	χ^2	<i>p</i>
	Total Escala Positiva	1.359	.265		
	Total Escala Negativa	1.182	.333		
	Segregação do espaço habitacional (Área 1)			6.496	.165
	Sentimentos convivência idosos (Área 2)			4.190	.381
AKPI	Relações intrapessoais (Área 3)	2.093	.100		
	Homogeneidade idosos grupo (Área 4)	.267	.898		
	Dependência (Área 5)	1.429	.242		
	Capacidades cognitivas (Área 6)	.663	.621		
	Aparência pessoal e personalidade (Área 7)	1.853	.138		

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

Nota: AKPI - Escala de Atitudes de Kogan para com as Pessoas Idosas; *F* – Valor do teste ANOVA; *p* – Significância Estatística; χ^2 – Valor do teste *Kruskal-Wallis*.

Representações sociais do envelhecimento ativo dos cuidadores formais e tempo de serviço de prestação de cuidados

Uma vez que a variável “tempo de serviço de prestação de cuidados” consiste numa variável ordinal que define três grupos, para os quais se pretende verificar se as médias obtidas nas subescalas/áreas do AKPI são diferentes, foi utilizado o teste *de diferenças inter-sujeitos ANOVA* e o teste *de diferenças de Kruskal-Wallis*, como alternativa não paramétrica.

Como se apresenta na tabela abaixo (Tabela 11), encontram-se diferenças significativas apenas em duas subescalas, nomeadamente, na subescala “Dependência (Área 5)” ($F=4.938$, $p<.01$) e na subescala “Aparência pessoal e personalidade (Área 7)” ($F=3.431$, $p<.01$). Tais resultados indicam que se na subescala “Dependência (Área 5)” a pontuação média é superior entre o tempo de serviço de prestação de cuidados de 6 meses a 2 anos ($M=18.00$, $DP=3.411$) e mais baixa de 2 anos a 6 anos ($M=14.29$, $DP=2.823$), na subescala “Aparência pessoal e personalidade (Área 7)” a pontuação média é mais elevada entre o tempo de serviço de prestação de cuidados de 6 meses a 2 anos ($M=14.33$, $DP=3.821$) e mais baixa de 2 anos a 6 anos ($M=11.17$, $DP=3.225$). Nas restantes subescalas não há diferenças significativas ($p>.05$).

Tabela 11

Representações sociais do envelhecimento ativo dos cuidadores formais e tempo de serviço de prestação de cuidados.

Escala	Subescalas/Áreas	Testes			
		<i>One-way ANOVA</i>		<i>Kruskal-Wallis</i>	
		F	p	χ^2	p
	Total Escala Positiva	.908	.411		
	Total Escala Negativa	1.658	.203		
AKPI	Segregação do espaço habitacional (Área 1)			1.330	.514
	Sentimentos convivência idosos (Área 2)			2.510	.285
	Relações intrapessoais (Área 3)	.933	.401		

Continua

Escala	Subescalas/Áreas	Testes			
		One-way ANOVA		Kruskal-Wallis	
		F	p	χ^2	p
	Homogeneidade idosos grupo (Área 4)	.475	.625		
	Dependência (Área 5)	4.938	.012		
AKPI	Capacidades cognitivas (Área 6)	1.166	.322		
	Aparência pessoal e personalidade (Área 7)	3.431	.042		

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

Nota: AKPI - Escala de Atitudes de Kogan para com as Pessoas Idosas; F – Valor do teste ANOVA; p – Significância Estatística; χ^2 – Valor do teste Kruskal-Wallis.

Recorrendo ao teste de comparações múltiplas *post hoc* de *Gabriel* apresentado na tabela abaixo (Tabela 12), com comparação múltipla de médias, foi possível perceber que existem diferenças de médias significativas no par “6m - 2anos (I) e 2anos - 6anos (J)” tanto na subescala/área “Dependência (Área 5)” (DM=-3.706, $p=.012$) como na subescala/área “Aparência pessoal e personalidade (Área 7)” (DM=-3.157, $p=.042$) do AKPI, o que significa que os cuidadores formais que prestam serviço de cuidados entre os 6 meses a 2 anos e os 2 anos a 6 anos revelam percepções do envelhecimento ativo mais positivas acerca da Dependência e da Aparência pessoal e personalidade dos idosos. As restantes subescalas/áreas não apresentam diferenças entre si.

Tabela 12

Comparações múltiplas: notas de Scheffe.

Variável dependente	(I)	(J)	DM	SE	p	95% IC	
						Limite inferior	Limite posterior
Dependência (Área 5)	6m-2	2-6	3.706*	1.186	.012	.70	6.72
		6-20	2.500	1.201	.127	-.55	5.55
	2-6	6m-2	-3.706*	1.186	.012	-6.72	-.70
		6-20	-1.206	1.096	.550	-3.99	1.57

Continua

Variável dependente	(I)	(J)	DM	SE	p	95% IC	
						Limite inferior	Limite posterior
Dependência (Área 5)	6-20	6m-2	-2.500	1.201	.127	-5.55	.55
		2-6	1.206	1.096	.550	-1.57	3.99
Aparência pessoal e personalidade (Área 7)	6m-2	2-6	3.157*	1.205	.042	.10	6.22
		6-20	1.833	1.221	.333	-1.26	4.93
	2-6	6m-2	-3.157*	1.205	.042	-6.22	-.10
		6-20	-1.324	1.113	.499	-4.15	1.50
6-20	6m-2	-1.833	1.221	.333	-4.93	1.26	
	2-6	1.324	1.113	.499	-1.50	4.15	

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

Nota: 6m-2 – entre 6 meses a 2 anos; 2-6 – entre 2 anos e 6 anos; 6-20 – entre 6 anos a 20 anos; (I) - Tempo serviço prestação cuidados; (J) - Tempo serviço prestação cuidados; DM – Diferença de média; SE - Erro Padrão; p – Significância Estatística; IC – Intervalo de Confiança.

Comparação entre as representações sociais do envelhecimento ativo dos idosos e seus cuidadores formais

No sentido de estabelecer a correlação entre as variáveis representações sociais do envelhecimento ativo dos idosos e seus cuidadores formais, foi utilizado o *teste de correlação linear r de Pearson* (uma vez que a distribuição das subescalas do AAQ e das subescalas/áreas do AKPI, isto é, Total Escala Positiva; Total Escala Negativa; Relações intrapessoais (Área 3); Homogeneidade idosos grupo (Área 4); Dependência (Área 5); Capacidades cognitivas (Área 6) e Aparência pessoal e personalidade (Área 7), é normal) e o *teste de associação rho de Spearman* (no sentido em que foi utilizado em dois casos, pois as subescalas de AKPI “Segregação do espaço habitacional (Área 1)” e “Sentimentos convivência idosos (Área 2)” não seguem uma distribuição normal).

Os resultados apresentados na tabela 13 permitem perceber, de acordo com Bryman e Cramer (2003), para um nível de significância de ($p < 0.05$) uma relação estatisticamente significativa positiva fraca e direta entre os seguintes pares de itens: “Total Escala Negativa e Mudança física (MF)” ($r = .335$, $p = .025$), o que significa que quanto maior são as percepções positivas dos cuidadores formais acerca do envelhecimento ativo no geral,

menor é a percepção negativa dos idosos acerca da sua mudança física no decorrer do envelhecimento ativo; “Dependência(Área 5) e Mudança física (MF)” ($r=.337$, $p=.024$), o que significa que quanto mais houver percepções positivas dos cuidadores formais acerca da Dependência dos idosos, haverá menos percepções negativas dos idosos sobre a sua mudança física no envelhecimento ativo; e “Aparência pessoal e personalidade (Área 7) e Mudança física (MF)” ($r=.355$, $p=.017$), o que significa que quanto maior são as percepções dos cuidadores formais acerca da aparência pessoal e personalidade dos idosos, menor é a percepção dos idosos face à sua mudança física, assente no envelhecimento ativo.

Foi ainda encontrada, para um nível de significância de ($p < 0.01$), uma relação positiva fraca e direta nos seguintes pares de itens: “Dependência(Área 5) e Crescimento Psicológico (CP)” ($r_{sp}=.393$, $p=.007$), o que significa que quanto maior são as percepções dos cuidadores formais sobre a Dependência dos idosos, menor será a sua percepção em relação ao seu Crescimento psicológico, isto é, em relação ao *self* e aos outros; e “Aparência pessoal e personalidade(Área 7) e “Crescimento psicológico (CP)” ($r_{sp}=.422$, $p=.004$), o que significa que quanto mais houver percepções positivas dos cuidadores formais acerca da Aparência pessoal e personalidade dos idosos, haverá menos percepções negativas dos idosos sobre o seu crescimento psicológico, subjacente a um envelhecimento ativo. Relativamente aos outros pares, não se verifica associação ($p>.05$).

Tabela 13

Correlações entre as representações sociais do envelhecimento ativo dos idosos e cuidadores formais (subescalas/áreas do AAQ e AKPI).

	Mudança física (MF)		Perda psicossocial (PP)		Crescimento psicológico (CP)	
	<i>r / rho</i>	<i>p</i>	<i>rho</i>	<i>p</i>	<i>rho</i>	<i>p</i>
Total Escala Positiva	-.025	.869	-.076	.618	.200	.188
Total Escala Negativa	.335*	.025	-.145	.342	.176	.248
Segregação do espaço habitacional (Área 1)	.104	.496	-.117	.445	.039	.797

Continua

	Mudança física (MF)		Perda psicossocial (PP)		Crescimento psicológico (CP)	
	<i>r / rho</i>	<i>p</i>	<i>rho</i>	<i>p</i>	<i>rho</i>	<i>p</i>
Sentimentos convivência idosos (Área 2)	.110	.473	-.083	.587	.027	.861
Relações intrapessoais (Área 3)	.094	.540	.001	.996	.278	.064
Homogeneidade idosos grupo (Área 4)	.198	.193	-.095	.535	.062	.684
Dependência (Área 5)	.337*	.024	-.038	.802	.393	.007**
Capacidades cognitivas (Área 6)	.128	.403	-.032	.837	.159	.297
Aparência pessoal e personalidade (Área 7)	.355*	.017	-.167	.273	.422	.004**

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

Nota: *r* – Valor do teste de Pearson; *rho* – Valor do teste de Spearman; *p* – Significância Estatística.

4. Discussão dos resultados

O objetivo desta investigação consistiu em estudar as representações sociais do envelhecimento ativo de idosos e seus cuidadores formais. Neste sentido, a discussão dos resultados encontra-se estruturada de acordo com as hipóteses estabelecidas no presente estudo.

Numa primeira análise acerca da associação da variável idade com as representações sociais dos idosos, os resultados demonstraram que existem apenas diferenças significativas entre as subescalas “Mudança Física” e “Crescimento Psicológico”, tendo sido parcialmente confirmada a hipótese 1 (H_{1a})- “Verificar se existe relação entre as representações sociais do envelhecimento ativo e a idade dos idosos” - para estas subescalas e rejeitada para as restantes. Na medida em que tais resultados inferem que idosos mais velhos, sendo no presente estudo a maioria (100%), com idades compreendidas entre os 80 e 85 anos de idade, apresentam menos representações sociais

acerca do envelhecimento ativo, particularmente, em relação à sua mudança física e ao seu crescimento psicológico.

Todavia, os dados obtidos não vão de encontro à literatura, pois tal como é apresentado no estudo de Ferreira-Alves e Novo (2006), a idade do indivíduo parece afetar as próprias representações sociais acerca do envelhecimento ativo. Assim, quanto mais avançada é a idade do idoso, maior será a sua percepção acerca das representações sociais do envelhecimento ativo.

Paralelamente, foram analisadas as representações sociais dos cuidadores formais em função da idade. A maioria dos cuidadores formais (68.9%) no presente estudo apresentam idades compreendidas entre os 40 e os 50 anos de idade. De acordo com os resultados, é possível concluir que não existem diferenças significativas na forma como os cuidadores formais percebem as representações sociais do envelhecimento ativo, considerando a variável idade. Posto isto, não é suportada a Hipótese 1 (H_{1b}): “Verificar se existe relação entre as representações sociais do envelhecimento ativo e a idade dos cuidadores formais”.

Estes resultados não são congruentes com a literatura, na medida em que, no que diz respeito às representações sociais dos cuidadores formais tendo em conta a idade, os estudos mostram que cuidadores formais mais novos, apresentavam representações sociais mais positivas em relação aos idosos (Marques, 2006; Taylor & Harned, 1978).

Contrariamente, Polizzi e Steitz (1998) reconheceram que eram os indivíduos mais velhos, aqueles que apresentavam representações sociais mais favoráveis perante o envelhecimento, comparativamente com os mais novos. Estes resultados não estão em conformidade com alguns resultados de outros estudos onde demonstram que as representações sociais de cariz negativo, não aumentam com a idade (Herdman, 2002).

Por fim, Jackson e Sullinvan (1988) na sua investigação indicaram que os cuidadores formais mais jovens apresentavam representações sociais mais negativas em relação aos idosos e, ao invés, os idosos apresentam representações sociais mais favoráveis em relação à velhice. Tais resultados corroboram os dados apresentados no estudo de Salter e Salter (1976) de que quanto maior for a idade, mais serão as representações sociais associadas ao envelhecimento. O facto de serem os cuidadores mais jovens a terem representações sociais mais positivas no que diz respeito ao envelhecimento, pode estar associado à imagem de idoso do avô/avó com quem aprendem, valorizando a sua maturidade (Kornhaber, 1996).

Um segundo objetivo específico deste estudo passava por perceber se as representações sociais do envelhecimento ativo variam em função do género dos idosos bem como dos cuidadores formais.

Todavia, não foi possível confirmar as hipóteses 2 (H_{2a}) e (H_{2b}) – “Analisar se as representações sociais do envelhecimento ativo variam em função do género dos idosos” e “Analisar se as representações sociais do envelhecimento ativo variam em função do género dos cuidadores formais” - uma vez que não foram encontradas correlações estatisticamente significativas entre as representações sociais dos idosos e cuidadores formais e o género. No presente estudo as representações sociais do envelhecimento ativo dos idosos e cuidadores formais não se diferenciam em função do género, considerando que os idosos (77.8%) e os cuidadores formais (93.3%) da presente amostra representam na sua maioria o género feminino.

Estes resultados não são congruentes com a literatura, na medida em que, no que diz respeito ao género, os estudos expõem que numa investigação com educadores e estudantes, respetivamente, os resultados concluem que o género feminino apresenta representações sociais mais positivas em relação ao envelhecimento ativo do que o género masculino (Neri & Jorge, 2006). Também os autores Tornstam (2006) e Thomson (2002), demonstram que, de facto, o género feminino evidencia mais representações sociais positivas, especialmente quando se encontram numa fase de transição para a velhice e não sofrem tanto de envelhecimento patológico.

Contrariamente, um estudo realizado por Marques (2006) indica que no género feminino existem representações sociais mais negativas em relação aos idosos, do que no género masculino. Provavelmente, os homens mais velhos possuem tendência a comparar-se com outras fases da sua vida, sentindo as limitações com maior intensidade (Nakicenovic et al., 2000). Ou, como ainda não se encontram na fase da velhice, poderão tender a olhá-la como uma situação mais negativa (Heikkinen, 2000).

No que concerne à variável nível escolar, as hipóteses 3 (H_{3a}) e (H_{3b}) – “Apurar se as representações sociais do envelhecimento ativo variam em função do nível escolar dos idosos” e “Apurar se as representações sociais do envelhecimento ativo variam em função do nível escolar dos cuidadores formais” - também não foram confirmadas, pois os resultados obtidos demonstram a ausência de diferenças estatisticamente significativas nas representações sociais do envelhecimento ativo em função desta variável.

No presente estudo, quanto ao nível escolar dos participantes constatou-se que a maioria dos idosos possui o 1º ciclo (53.3%), o que vai de encontro ao esperado atendendo à faixa etária dos idosos, e a maioria dos cuidadores formais possui o ensino secundário (40.0%), o que não vai de encontro ao perfil dos cuidadores formais segundo Carneiro, Pires, Dutra Filho, e Guimarães (2009). Por sua vez, as representações sociais do envelhecimento ativo dos idosos e seus cuidadores formais não se diferenciam em função do seu nível escolar.

Estes resultados não são congruentes com a literatura recolhida, dado que num estudo implementado por Doherty e colaboradores (2011), realizado com 190 cuidadores formais de idosos, os autores concluíram que a maioria dos indivíduos apresentavam representações sociais positivas em relação aos idosos, tendo sido encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as atitudes dos indivíduos com nível escolar universitário e os indivíduos sem habilitação superior, ou seja, os primeiros apresentavam representações sociais mais positivas que os segundos.

Semelhantemente, no estudo realizado por Wells, Foreman, Gething, e Petralia (2004), os autores verificaram que as representações sociais positivas demonstradas estavam associadas a níveis mais elevados de formação gerontológica. Tal estudo, corrobora a investigação de Okimura (2005), demonstrando que quanto maior o nível escolar, maior funcionalidade, flexibilidade e adaptação ao envelhecimento isto é, o aumento de oportunidades no âmbito da Educação permite ao indivíduo partilhar conhecimentos, promovendo a autoconfiança, a independência, e maior capacidade para enfrentar os problemas, reforçando o seu bem-estar físico e psicológico.

Quanto à hipótese que relaciona a variável tempo de serviço de prestação de cuidados e as representações sociais dos cuidadores formais revelou que apenas existem diferenças estatisticamente significativas para o par “6 meses – 2 anos (I) e 2anos - 6anos (J)” nas subescalas/áreas “Dependência” e “Aparência pessoal e personalidade”, levando a confirmar parcialmente a hipótese 4 (H₄) – “Investigar se as representações sociais do envelhecimento ativo dos cuidadores formais variam em função do tempo de serviço de prestação de cuidados” - para estas dimensões e rejeitando-a para as restantes.

Estes resultados levam a deduzir, por um lado, que os cuidadores formais com 6 meses a 6 anos de serviço consideram os idosos pessoas ativas e independentes ao nível social e à satisfação das AVD's; por outro lado, parecem não vincular sob o ponto de vista biológico, o envelhecimento à lentificação dos processos fisiológicos e psíquicos.

Paralelamente, Ribeiro (2007) no seu estudo defende que as mudanças associadas à idade não se encontram relacionadas, absolutamente, com as mudanças biológicas, referindo que o envelhecimento é caracterizado por uma grande heterogeneidade nos indivíduos em relação a aspetos cognitivos, físicos e de personalidade.

Contrariamente, os resultados dos estudos de Viegas (2001) e de Smith, Jepson e Perloff (1982), consideram que os cuidadores formais de idosos, com idade média de 7.8 anos de tempo de serviço, apresentam representações sociais menos positivas e, os cuidadores formais com 6 a 13 anos de tempo de serviço demonstram representações sociais mais positivas em relação aos idosos. Assim, verifica-se que a variável tempo de serviço de prestação de cuidados influencia a perceção dos cuidadores para com os idosos (Astle, 1999, citado em Viegas, 2001).

No que concerne à hipótese 5 (H₅) - “Comparar de que forma as representações sociais do envelhecimento ativo dos idosos se relacionam com as dos seus cuidadores formais” – esta foi confirmada para as seguintes dimensões: “Total Escala Negativa e Mudança física”, “Dependência e Mudança física”, “Aparência pessoal e personalidade e Mudança física”, “Dependência e Crescimento Psicológico” e “Aparência pessoal e personalidade e “Crescimento psicológico”.

Como é possível observar pelos resultados obtidos no presente estudo, as representações sociais dos idosos e dos cuidadores formais estão relacionadas, uma vez que ambos apresentam perceções para os fatores “Mudança Física” (fator este que corresponde à ideia de os idosos percecionarem o envelhecimento como algo positivo, nomeadamente, admitem que não se sentem velhos, que apresentam mais energia do que esperavam para a sua idade, afirmando, por sua vez, que a sua saúde está melhor do que esperavam para a idade), “Crescimento Psicológico” (fator apresentado por uma perspectiva positiva, estando relacionado com sabedoria e crescimento pessoal, cujos idosos percecionam ser um privilégio chegar a uma idade avançada, trazendo muitas coisas agradáveis em relação a si mesmo e aos outros, tal como por exemplo, o parecer de transmitirem aos mais novos o que aprenderam com a sua experiência), “Dependência” (os cuidadores percecionam que a dependência não é sinónimo de envelhecimento, pelo contrário, faz parte das várias etapas da vida de cada indivíduo) e “Aparência pessoal e personalidade” (perceções positivas referentes ao aspeto cognitivo e às qualidades dos idosos, isto é, avaliam positivamente as qualidades dos idosos no que diz respeito ao aspeto pessoal e personalidade).

De facto, estes dados são consistentes com os resultados obtidos por Lothian e Philip (2002) ao referirem que as representações sociais dos cuidadores formais afetam, de forma relevante, a forma como estes olham e cuidam dos idosos e, por sua vez, afetam as representações sociais dos idosos. Dentro desta conceção, Ribeiro (2007) revelou ainda que os cuidadores formais associam ao idoso poucas representações sociais de dependência e de tristeza estando, contudo, o idoso mais associado a representações sociais de maturidade e afetividade.

Finalmente, o fator “Total Escala Negativa” no presente estudo demonstra uma relação estatisticamente significativa positiva com o fator “Mudança Física”, levando-nos a inferir que os cuidadores formais revelaram perceções positivas para com os idosos, uma vez que valores baixos indicam representações sociais mais favoráveis.

Note-se que os resultados obtidos no presente estudo relativamente ao nível escolar dos idosos e cuidadores formais, podem ter sido influenciados pelo facto de na presente amostra não haver idosos com habilitações de ensino superior e haver apenas 6 de 45 cuidadores com habilitações de ensino superior, considerando, por isso, pouca variabilidade em termos de nível de escolaridade.

Não foram encontradas relações significativas entre as representações sociais do envelhecimento ativo em função da idade dos cuidadores formais, do género e do nível escolar dos idosos e cuidadores formais. Por último, foi encontrada uma associação negativa entre duas dimensões das representações sociais do envelhecimento ativo e a idade dos idosos. Uma das razões para a obtenção destes dois resultados pode dever-se ao facto de os instrumentos utilizados serem pouco abrangentes no que toca às dimensões, o que dificultou a observação de relações e associações mais significativas.

Em síntese, no presente estudo, foram encontradas diferenças significativas relativamente ao tempo de serviço de prestação de cuidados por parte dos cuidadores formais. Foi encontrada também uma relação significativa entre as subescalas “Dependência” e “Aparência pessoal e personalidade” no que concerne aos cuidadores que prestam cuidados entre os 6 meses a 2 anos e os 2 anos a 6 anos. Por fim, foram ainda confirmadas diferenças significativas no que diz respeito às subescalas “Mudança Física”, “Crescimento Psicológico”, “Dependência”, “Aparência pessoal e personalidade” e “Total Escala Negativa”, em função da comparação das representações sociais do envelhecimento ativo entre idosos e cuidadores formais.

Conclusão

Os resultados obtidos no presente estudo permitem concluir que existe uma relação entre as representações sociais do envelhecimento ativo dos cuidadores formais e o tempo de serviço de prestação de cuidados dos mesmos. Além disso, permitem ainda complementar que as representações sociais dos idosos e dos cuidadores formais se relacionam. Estes resultados manifestam ser relevantes, no sentido em que é possível verificar que as dimensões subjacentes às representações sociais do envelhecimento ativo são tidas positivamente pelos idosos e seus cuidadores formais.

Sendo que o objetivo geral desta investigação consistiu em realizar um estudo comparativo entre as representações sociais do envelhecimento ativo dos idosos e cuidadores formais, verificou-se que o mesmo foi alcançado pois os resultados destacam relações estatisticamente significativas nas dimensões mudança física, crescimento psicológico, dependência e aparência pessoal bem como personalidade, revelando que, maioritariamente, o idoso se percebe positivamente através do suporte e contato com os cuidadores formais e, por sua vez, os cuidadores percebem o idoso positivamente. Isto pode acontecer, tal como referido anteriormente, devido ao facto destes cuidadores prestarem serviço de cuidados, em média, há cerca de 6 anos e por se tratarem de idosos que não apresentam défice cognitivo, demonstrando ter um envelhecimento ativo.

Neste sentido, e no geral, pode salientar-se da análise e interpretação realizadas, que as pessoas idosas entrevistadas não se sentem “velhas” e associam o processo de envelhecimento como um processo normal e positivo do ciclo da vida. Pode ainda concluir-se que os cuidadores formais apresentam representações sociais no que toca ao envelhecimento ativo, predominantemente favoráveis para com os idosos. Desta forma, estas percepções são consolidadas pela quantidade e qualidade de informação que a amostra possui acerca, por exemplo, da temática da aprendizagem ao longo da vida, levando a que adotem determinadas representações sociais que orientam logo a sua posição, negativa ou positivamente, na medida em que, tal como referido anteriormente, a educação e a formação detêm um papel fundamental nessa consciencialização contribuindo para a formação do idoso enquanto ator social e membro da sociedade (Scortegagna & da Silva Oliveira, 2010).

É de referir, ainda, que as representações sociais atribuídas aos idosos influenciam de forma significativa a visão da sociedade, e posterior interação da mesma, face à velhice e, de igual modo, influenciam o autoconceito do idoso, no decurso do seu processo de

envelhecimento. A isto acresce o facto destas representações poderem afetar ou favorecer a prestação de serviços por parte dos cuidadores. A literatura denota, por isso, que a forma como o cuidador formal presta cuidados ao idoso está justamente ligada com a percepção que este tem sobre o envelhecimento e a pessoa idosa (Leite, 2005).

Considerando o conteúdo supramencionado, tornou-se emergente estudar, comparativamente, as representações sociais de idosos institucionalizados em lares de acolhimento e respetivos cuidadores formais, a fim de identificarmos com maior exatidão a realidade que nos rodeia e identificar também as percepções adotadas, uma vez que estes irão atuar de um modo perspicaz sobre o idoso em dois níveis cruciais: promovendo a sua autoestima, tornando-o um agente social e independente, se positivas, ao invés de diminuírem o seu bem-estar e a forma de se integrarem na sociedade, caso sejam negativas. Assim, torna-se determinante e essencial desmistificar as representações sociais negativas que surgem sobre o envelhecimento e o idoso, pois é um direito ainda distante, que parte da forma como todos nós olhamos para os idosos como indivíduos heterogéneos, ou seja, devemos valorizar o idoso como um indivíduo com vontades e necessidades próprias, dotado de autonomia, independência e sabedoria.

Percebeu-se, também, após uma análise introspectiva do processo de recolha de dados para com os idosos, por um lado, momentos de maior diálogo, empatia e resiliência, que carecem um destaque pertinente na realização da investigação. O facto de se tratarem de idosos institucionalizados, todos apresentaram necessidades diferentes, na medida em que uns sentiram maior necessidade em dialogar e partilhar as suas preocupações e experiências passadas vividas, sendo que outros apresentavam maior necessidade em se isolarem. Isto é, a maior parte dos participantes mostraram-se confortáveis em responder às questões solicitadas, levando-os a recordarem-se, muitas vezes, de assuntos e situações relacionadas com o tema da investigação. Porém, havia idosos que, conseqüentemente, revelaram alguma dificuldade em formular as suas respostas, tornando-se breves e não desenvolvendo muito as questões.

Destacam-se como principais desafios, essencialmente, ouvir as pessoas idosas, ou seja, que histórias têm para contar, que expectativas apresentam, o que precisam e o que desejam, dispondo de tempo alargado para tal. Também se realça, voltando à questão anterior, o facto de, como investigadora, procurar adequar as respostas existentes às percepções e expectativas reais das pessoas idosas com o propósito de garantir que as suas representações sociais se focam na experiência, sabedoria e valor individual de cada

idoso, respeitando-os, ao invés de práticas e expectativas da instituição em que se encontram.

Posto isto, é importante ter em consideração algumas limitações deste estudo. Em primeiro lugar é de salientar a reduzida dimensão da amostra, o que não favoreceu na generalização dos resultados, podendo ter limitado as conclusões retiradas dos mesmos.

Relativamente aos instrumentos utilizados para a recolha de dados, relativamente ao instrumento aplicado aos cuidadores formais, seria pertinente utilizar um instrumento mais atual, de forma a serem retirados resultados mais detalhados acerca do tema. É também de referir o facto de a recolha de dados ter sido realizada em dois momentos, devido à situação pandémica que se faz sentir no mundo, o que, de certa forma, prejudicou na recolha e na participação dos indivíduos no estudo.

Apresenta-se também como limitação o facto de o estudo ser de natureza descritivo correlacional, o que possibilita apenas a identificação das associações entre as variáveis e a respetiva descrição das mesmas. Outra das limitações do estudo traduz-se na desejabilidade social, ou seja, a tendência em responder de acordo com o que se associa a uma maior aprovação social.

Deste modo, seria pertinente que, em estudos futuros fosse utilizada uma amostra maior e mais diversificada, assente em estudos de natureza longitudinal, com o intuito de perceber qual a evolução destes fenómenos no decorrer do tempo.

Seria, da mesma forma, interessante realizar entrevistas com os familiares e/ou responsáveis legais dos idosos, de forma a perceber a dinâmica existente entre os diferentes informadores, adquirindo informações mais detalhadas e qualitativamente distintas. Ademais, compreender o número de idosos ao cuidado na família por parte dos cuidadores seria também apropriado, uma vez que esta variável poderá influenciar mudanças na forma como os cuidadores formais olham para o idoso.

Como potencialidade deste estudo, poderá ser apontado o facto de ter sido abordado um tema pouco considerado ao nível da investigação nacional, sendo que estudos anteriores parecem ter-se focado, sobretudo, nas relações intergeracionais no que diz respeito às representações sociais.

Em suma, esta investigação revela-se importante para a prática, na medida em que permite identificar quais as representações sociais do envelhecimento ativo na perspetiva de idosos e seus cuidadores formais, contribuindo, assim, para uma perceção positiva relativamente ao envelhecimento e ao idoso.

Referências bibliográficas

- Abdullah, B., & Wolbring, G. (2013). Analysis of Newspaper Coverage of active aging through the lens of the 2002 World Health Organization active ageing report: a policy framework and the 2010 Toronto charter for physical activity: a global call for action. *International journal of environmental research and public health*, *10*(12), 6799-6819. doi: 10.3390/ijerph10126799
- Achenbaum, W. A. (2015). A history of ageism since 1969. *Generations*, *39*(3), 10-16.
- Almeida, A. A., Mafra, S. C. T., Silva, E. P. & Kanso, S. (2015). A Feminização da Velhice: em foco as características socioeconômicas, pessoais e familiares das idosas e o risco social. *Textos & Contextos*, *14*(1), 115-131. doi: 10.15448/1677-9509.2015.1.19830
- Alves, J.B., & Teixeira, A.R. (2016). *Medidas De Intervenção Junto dos Cuidadores Informais: Documento Enquadrador, Perspetiva Nacional e Internacional*.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-V)*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Anjos, K. F., Boery, R. N. S. O., Santos, V. C., Boery, E. N., & Rosa, D. O. S. (2017). Characteristics of the elderly and their family caregivers. *Journal of Nursing UFPE*, *11*(3), 1146-55. doi: 10.5205/reuol.10544-93905-1-RV.1103201704
- Araújo, L. F., Coutinho, M.P.L., & Santos, M. F. S. (2006). O Idoso nas Instituições Gerontológicas: Um estudo na Perspectiva das Representações Sociais. *Psicologia & Sociedade*, *18*(2), 89-98.
- Arnold-Cathalifaud, M., Thumala, D., Urquiza, A., & Ojeda, A. (2008). Young people's images of old age in Chile: Exploratory research. *Educational Gerontology*, *34*(2), 105-123. doi: 10.1080/03601270701700359
- Bai, X., Lai, D. W. L., & Guo, A. (2016). Ageism and depression: Perceptions of older people as a burden in China. *Journal of Social Issues*, *72*(1), 26–46. doi: doi.org/10.1111/josi.12154
- Barroso, I. S. (2018). *Idadismo: um estudo em cinco freguesias do baixo conselho da Póvoa de Lanhoso*. Instituto Superior Miguel Torga: Coimbra.
- Batista, N. (2012). *Dificuldades do cuidador formal de pessoas idosas dependentes no domicílio*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra.

- Bernad, J. A. (2008). *El bienestar psicológico de las personas mayores. Programa de aprendizaje para la tercera edad*. Huelva: Hergué Editorial. doi: 10.1590/1413-81232018241.35302016
- Birren, J. E., & Schroots, J. (2006). *Handbook of the psychology of aging*. Cambridge: Academic Press.
- Bodner, E., Bergman, Y. S., & Cohen-Fridel, S. (2012). Different dimensions of ageist attitudes among men and women: A multigenerational perspective. *International Psychogeriatrics*, 24(6), 895–901. doi: 10.1017/S1041610211002936
- Bryman, A., & Cramer, D. (2003). *Análise de dados em Ciências Sociais: Introdução às Técnicas utilizando o SPSS para Windows (3ª edição)*. Oeiras: Celta.
- Butler, R. N. (1969). Age-ism: Another form of bigotry. *The gerontologist*, 9(4), 243-246. doi: 10.1093/geront/9.4_Part_1.243
- Butler, R. N. (2009). Combating ageism: guest editorial. *International Psychogeriatrics*, 21(4), 211. doi: 10.1017/S104161020800731X
- Cabral, M. V., Ferreira, P. M., Silva, P. A. D., Jerónimo, P., & Marques, T. (2013). *Processos de envelhecimento em Portugal*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Camargo, B. V., Justo, A. M., & Jodelet, D. (2010). Normas, representações sociais e práticas corporais. *Interamerican Journal of Psychology*, 44(3).
- Campos, M. R. X., Dias, C. A., & Rodrigues, S. M. (2011). Representações de cuidadores de idosos a respeito do “ser idoso”, da “velhice” e do “viver institucionalizado”. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 8 (2). doi: 10.5335/rbceh.2012.1373
- Carneiro, B. G., Pires, E. D. O., Dutra Filho, A. D., & Guimarães, É. A. (2009). Perfil dos cuidadores de idosos de instituições de longa permanência e a prevalência de sintomatologia dolorosa. *ConScientia e Saúde*, 8(1), 75-82.
- Carvalho, M. I. L. B. D. (2010). *Os cuidados domiciliários em instituições de solidariedade social no concelho de Cascais*. Instituto Universitário de Lisboa, Lisboa.
- Castro, C. M. V. D. (2007). *Representações Sociais dos Enfermeiros face ao Idoso em contexto de prestação de cuidados*. Universidade Aberta, Lisboa.
- Catita, P. A. L. (2008). *As representações sociais dos enfermeiros do serviço de urgência face ao doente idoso*. Universidade Aberta, Lisboa.

- Cavanaugh, J. (1997). *Adult development and aging (3rd ed.)*. Pacific Grove: Brooks/Cole.
- Chrisler, J. C., Barney, A., & Palatino, B. (2016). Ageism can be hazardous to women's health: Ageism, sexism, and stereotypes of older women in the healthcare system. *Journal of Social Issues, 72* (1), 86–104. doi: 10.1111/josi.12157
- Colomé, I. C., de Marqui, A. B. T., do Carmo Jahn, A., Resta, D. G., De Carli, R., Winck, M. T., & Dalla Nora, T. T. (2011). Cuidar de idosos institucionalizados: características e dificuldades dos cuidadores. *Revista Eletrônica de enfermagem, 13*(2), 306-12. doi: 10.5216/ree.v13i2.9376
- Comissão das Comunidades Europeias. (2008). *Tornar o Espaço Europeu de Aprendizagem ao Longo da Vida uma Realidade*. Bruxelas.
- Comissão Europeia. (2014). *The 2015 Ageing Report*. Bélgica: European Commission.
- Costa, A. P. F. (2014). *As imagens do envelhecimento e as práticas idadistas em cuidados de saúde Primários: implicações na actividade física dos idosos*. Universidade Nova de Lisboa, Lisboa.
- Couto, M. C. P., & Koller, S.H. (2012). Warmth and competence: Stereotypes of the elderly among young adults and older persons in Brazil. *International Perspectives in Psychology: Research, Practice. Consultation, 1*(1), 52–62. doi: 10.1037/a0027118
- Cunha, C. (2018). *Atitudes face ao envelhecimento: Adaptação e validação portuguesa do Attitudes to Ageing Questionnaire, versão curta (AAQ-12)*. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto. Recuperado de: <https://hdl.handle.net/10216/113109>
- Daniel, F., Antunes, A., & Amaral, I. (2015). Representações sociais da velhice. *Análise Psicológica, 33*(3), 291-301. doi: 10.14417/ap.972
- Daniel, F., Caetano, E., Monteiro, R., & Amaral, I. (2016). Representações sociais do envelhecimento ativo num olhar genderizado. *Análise Psicológica, 34*(4), 353-364. doi: 10.14417/ap.1020
- Demakakos, P., Gjonca, E., & Nazroo, J. (2007). Age identity, age perceptions, and health: Evidence from the English Longitudinal Study of Ageing. *Annals of the New York Academy of Sciences, 1114*, 279–287. doi: 10.1196/annals.1396.021

- Distefano, G., & Goodpaster, B. H. (2018). Effects of exercise and aging on skeletal muscle. *Cold Spring Harbor perspectives in medicine*, 8(3), 1-15. doi: 10.1101/cshperspect.a029785
- Doherty, M., Mitchell, E. A., & O'Neill, S. (2011). Attitudes of healthcare workers towards older people in a rural population: A survey using the Kogan Scale. *Nursing Research and Practice*, 2011, 2-7. doi: 10.1155/2011/352627
- Faller, J. W., Teston, E. F., & Marcon, S. S. (2015). A velhice na percepção de idosos de diferentes nacionalidades. *Texto & Contexto Enfermagem*, 24(1), 128-137. doi: 10.1590/0104-07072015002170013
- Fernandes, J. D. S. G., & Andrade, M. S. D. (2016). Representações sociais de idosos sobre velhice. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 68(2), 48-59.
- Fernandes, N. F., Afonso, R. M., Pereira, H., & Loureiro, M. J. (2012). Avaliação da percepção de discriminação em pessoas idosas. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(2), 105-114.
- Fernández-Ballesteros, R., Bustillos, A., Huici, C., & Ribera, J. M. (2016). Age discrimination, eppur si muove (yet it moves). *Journal of the American Geriatrics Society*, 64(2), 453-455.
- Ferreira-Alves, J., & Novo, R. F. (2006). Avaliação da discriminação social de pessoas idosas em Portugal. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(1), 65-77.
- Ferreira, C. G., Alexandre, T. S., & Lemos, N. D. (2011). Fatores associados à qualidade de vida de cuidadores de idosos em assistência domiciliária. *Saúde e sociedade*, 20(2), 398-409. doi: 10.1590/S0104-12902011000200012
- Fillenbaum, G. (2013). *Multidimensional functional assessment of older adults: The Duke Older Americans Resources and Services procedures*. Psychology Press.
- Fillenbaum, G., & Smyer, M.A. (1981). The development, validity, and reliability of the Oars Multidimensional Functional Assessment Questionnaire. *Journal of Gerontology*, 36(4), 428-34. doi: 10.1093/geronj/36.4.428
- Fonseca, M. A. (2014). *Michel Foucault e a constituição do sujeito*. EDUC-Editora da PUC-SP.
- Formosa, M. (2012). European Union policy on older adult learning: A critical commentary. *Journal of aging & social policy*, 24 (4), 384-399. doi: 10.1080/08959420.2012.735162

- Fortin, M. F., Côté, J., & Fillion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de Investigação*. Lusodidacta.
- Freitas, M. C. de, & Ferreira, M. A. (2013). Velhice e pessoa idosa: representações sociais de adolescentes escolares. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21(3). doi: 10.1590/S0104-11692013000300014
- Freixo, M. J. V. (2018). *Metodologia científica: fundamentos, métodos e técnicas*. Edições Piaget.
- Garbin, C. A. S., Sumida, D. H., Moimaz, S. A. S., Prado, R. L. D., & Silva, M. M. D. (2010). *O envelhecimento na perspectiva do cuidador de idosos*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15, 2941-2948. doi: 10.1590/S1413-81232010000600032
- Garcia, C. I. D. R. S. (2009). Tradução e validação do consequences of care index. *Pensar Enfermagem*, 13(1), 39-48.
- Heikkinen, R. L. (2000). Ageing in an autobiographical context. *Ageing & Society*, 20(4), 467-483. doi: 10.1017/S0144686X99007795
- Herdman, E. (2002). Challenging the discourses of nursing ageism. *International Journal of Nursing Studies*, 39(1), 105-114. doi: 10.1016/S0020-7489(00)00122-X
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.
- Hilário, M. I. T. (2018). *A promoção de qualidade de vida em Idosos através da história de vida e da Fotoelicitação – um projeto de intervenção*. Instituto Politécnico de Portalegre, Portalegre. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10400.26/22567>
- Instituto da Segurança Social, I.P. (2015). *Guia Prático-Apoios Sociais-Pessoas Idosas*. Instituto da Segurança Social, I.P.
- Instituto Nacional de Estatística, I.P. (2012) *Censos 2011 Resultados Definitivos Portugal*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I. P.
- Jackson, L. A., Sullivan, L. A., & Rostker, R. (1988). Gender, gender role, and body image. *Sex Roles: A Journal of Research*, 19(7-8), 429-443. doi: 10.1007/BF00289717
- Jang, Y., Chiriboga, D. A., & Small, B. J. (2008). Perceived discrimination and psychological wellbeing: the mediating and moderating role of sense of control. *The International Journal of Ageing and Human Development*, 66, 213-227. doi: 10.2190/AG.66.3.c

- Jodelet, D. (2009). O movimento de retorno ao sujeito e a abordagem das representações sociais. *Sociedade e estado*, 24(3), 679-712. doi: 10.1590/S0102-69922009000300004
- Keong, A. M. P. A. (2010) *A auto-percepção do envelhecimento em idosas viúvas*. Faculdade de Psicologia de Lisboa, Lisboa.
- Kogan, N. (1961). Attitudes toward old people: The development of a scale and an examination of correlates. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 62(1), 44. doi: 10.1037/h0048053
- Kornhaber, A. (1996). *Contemporary grandparenting*. US: Sage Publications, Inc.
- Kröger, T. (2001). *Comparative research on social care: The state of the art*. Brussels: European Commission.
- Kuper, H., & Marmot, M. (2003). Intimations of mortality: perceived age of leaving middle age as a predictor of future health outcomes within the Whitehall II study. *Age Ageing* 32(2), 178–184. doi: 10.1093/ageing/32.2.178
- Laidlaw, K., Kishita, N., Shenkin, S. D., & Power, M. J. (2018). Development of a short form of the Attitudes to Ageing Questionnaire (AAQ). *International journal of geriatric psychiatry*, 33(1), 113-121. doi: 10.1002/gps.4687
- Leite, M. (2005). *A velhice pessoal no imaginário dos estudantes de enfermagem*. *Estudos Interdisciplinares do Envelhecimento*, (8), 115-124.
- Levy, B., Ashman, O., & Slade, M. D. (2009). Age Attributions and Aging Health: Contrast Between the United States and Japan. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 64 (3), 335-338. doi: 10.1093/geronb/gbp002
- Levy, S. R., & Macdonald, J. L. (2016). Progress on Understanding Ageism. *Journal of Social Issues*, 72 (1), 5-25. doi: 10.1111/josi.12153
- Lien, S., Zhang, Y., & Hummert, M. (2009). Older adults in prime-time television dramas in Taiwan: Prevalence, portrayal, and communication interaction. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 24(4), 355–372. doi: 10.1007/s10823-009-9100-3
- Lira, K. M. (2014). Representação mental da terceira idade por pessoas que estão iniciando esta fase do ciclo vital. *Revista Brasileira de Educação e Saúde*, 4 (1), 24-35.
- Lopes, A., & Gonçalves, C. M. (2012). Envelhecimento ativo e dinâmicas sociais contemporâneas. *Manual de Gerontologia: aspetos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento*.

- Lothian, K. & Philip, I. (2002). Manter a Dignidade e Autonomia dos Idosos ao Nível dos Cuidados de Saúde. *British Medical Journal*, 11(4).
- Magalhães, C. P., Fernandes, A., Antão, C., & Anes, E. (2010). Repercussão dos estereótipos sobre as pessoas idosas. *Revista transdisciplinar de Gerontologia*, 7-16. Recuperado de: http://usc.no.sapo.pt/RTG_III_2.pdf
- Marques, S., Lima, M. L., & Novo, R. (2006). Traços estereotípicos associados a pessoas jovens e idosas em Portugal. *Laboratório de psicologia*, 4(1), 91-108. doi: 10.14417/lp.764
- Marques, S., Lima, M. L., Abrams, D., & Swift, H. (2014). Will to live in older people's medical decisions: immediate and delayed effects of aging stereotypes. *Journal of Applied Social Psychology*, 44(6), 399-408. doi: 10.1111/jasp.12231
- Mazza, M. M. P. R., & Lefèvre, F. (2005). Cuidar em família: análise da representação social da relação do cuidador familiar com o idoso. *Journal of Human Growth and Development*, 15(1), 1-10. doi: 10.7322/jhgd.19744
- McGann, M., Ong, R., Bowman, D., Duncan, A., Kimberley, H., & Biggs. (2016). Gendered ageism in Australia: Changing perceptions of age discrimination among older men and women. *Economic Papers: A Journal of Applied Economics and Policy*, 35 (4), 375-388. doi: 10.1111/1759-3441.12155
- Mendes, F. (2011). *Segurança Social: O Futuro Hipotecado*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos/ Relógio D'Água Editores.
- Minichiello, V., & Coulson, I. (2012). *Contemporary issues in gerontology: Promoting positive ageing*. Inglaterra: Routledge.
- Monchetti, A. & Sánchez, M.L. (2008). Acerca de la génesis de la representación social de la vejez. *Revista Argentina de Sociologia*, 6(10), 143-150.
- Moreira, J. O. (2012). Mudanças na Percepção Sobre o Processo de Envelhecimento. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 28(4), 451-456. doi: 10.1590/S0102-37722012000400003
- Moscovici, S. (2012). *Representações sociais: investigações em psicologia social*. Petrópolis: Vozes.
- Nakicenovic, N., Alcamo, J., Grubler, A., Riahi, K., Roehrl, R. A., Rogner, H. H., & Victor, N. (2000). *Special report on emissions scenarios (SRES), a special report of Working Group III of the intergovernmental panel on climate change*. Cambridge University Press.

- Nelson, T. (2004). *Ageism: Stereotyping and prejudice against older persons*. Cambridge: MIT Press.
- Neri, A. L., & Jorge, M. D. (2006). Atitudes e conhecimentos em relação à velhice em estudantes de graduação em educação e em saúde: subsídios ao planejamento curricular. *Estudos de psicologia (Campinas)*, 23(2), 127-137. doi: 10.1590/S0103-166X2006000200003
- Okimura, T. (2005). *Processo de Aprendizagem de Idosos sobre os Benefícios da Atividade Física*. Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Oliveira, J. H. B. (2005). *Psicologia do Envelhecimento e do Idoso*. Porto: Legis.
- Oliveira, F., Oliveira, R., & Scortegagna, P. (2010). *Pedagogia Social: possibilidade de empoderamento para o idoso*. Congresso Internacional de Pedagogia Social, São Paulo.
- Ortiz, L. F. A., Ballesteros, J. C., & Carrasco, M. M.. (2006). *Psiquiatria geriátrica*. Masson.
- Paúl, C. (2017). Envelhecimento activo e redes de suporte social. *Sociologia: Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, 15.
- Paúl, C., & Fonseca, A. M. (2005). *Envelhecer em Portugal: psicologia, saúde e prestação de cuidados (1ª ed.)*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Polizzi, K. G., & Steitz, J. A. (1998). Examining the aging semantic differential: Suggestions for refinement. *Educational Gerontology An International Quarterly*, 24(3), 207-223. doi: 10.1080/0360127980240302
- Pordata. (2017). *Base de Dados Portugal Contemporâneo*. Pordata.
- Pordata. (2018). *Base de Dados Portugal Contemporâneo*. Disponível em <https://www.pordata.pt/Portugal>
- Ramírez, L. F., & Palacios-Espinosa, X. (2016). Stereotypes about old age, social support, aging anxiety and evaluations of one's own health. *Journal of Social Issues*, 72(1), 47-68. doi: 10.1111/josi.12155
- Ranzijn, R. (2010). Active ageing – another way to oppress marginalized and disadvantaged elders? Aboriginal elders as a case study. *Journal of Health Psychology*, 15(5), 716-723. doi: 10.1177/1359105310368181
- Reis, P. O., & Ceolim, M. F. (2007). O significado atribuído a' ser idoso' por trabalhadores de instituições de longa permanência. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 41(1), 57-64. doi: 10.1590/S0080-62342007000100008

- Ribeiro, A. (2007). *Imagens de velhice em profissionais que trabalham com idosos*. Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Ribeiro, O., & Paúl, C. (2011). *Envelhecimento Activo*. Lisboa: Lidel.
- Rodrigues, R. (2009). *Avaliação Comunitária de uma População de Idosos*. Coimbra: Mar de Palavra.
- Rodrigues, R. M. C. (2008). Validação da versão em português europeu de questionário de avaliação multidimensional de idosos. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 23(2), 109-115. Recuperado de: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102049892008000200006
- Rodrigues, R. M. C., Silva, C. F. R. D., Loureiro, L. M. D. J., Silva, S. M. D. T. D., Crespo, S. S. D. S., & Azeredo, Z. D. A. S. (2015). Os muito idosos: avaliação funcional multidimensional. *Revista de Enfermagem Referência*, (5), 65-74. doi: 10.12707/RIV14040
- Rodríguez, P. R. (2005). *La intervención con las personas en situaciones de dependencia desde la evidencia científica y los consensos internacionales*. In *Avances en bienestar basados en el conocimiento* (pp. 111-150). Editorial CCS.
- Rosa, M. J. V. (2012). *O Envelhecimento da Sociedade Portuguesa*. Lisboa: Relógio D'Água Editores.
- Rupp, D. E., Vodanovich, S. J., & Credé, M. (2005). The multidimensional nature of ageism: Construct validity and group differences. *The Journal of social psychology*, 145(3), 335-362. doi: 10.3200/SOCP.145.3.335-362
- Salter, C. A., & Salter, C. D. (1976). Attitudes toward aging and behaviors toward the elderly among young people as a function of death anxiety. *The Gerontologist*, 16(3), 232-236. doi: 10.1093/geront/16.3.232. PMID: 1022639
- Santos, S. F. (2011). *Representações sociais do idoso e do envelhecimento, em cuidadores formais de idosos*. Universidade da Beira Interior, Covilhã. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10400.6/2739>
- Scortegagna, P. A., & da Silva Oliveira, R. D. C. (2010). Educação: integração, inserção e reconhecimento social para o idoso. *Revista Kairós: Gerontologia*, 13(1). doi: 10.23925/2176-901X.2010v13i1p%25p
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental* (pp. 360). Lisboa-Porto: Lidel-Edições Técnicas, lda.

- Sijuwade, P. O. (2009). Attitudes towards old age: a study of the self-image of aged. *Studies on Home and Community Science*, 3(1), 1-5. doi: 10.1080/09737189.2009.11885268
- Silva, C. A., Fossatti, A. F., & Portella, M. R. (2007). Percepção do Homem Idoso em Relação às Transformações decorrentes do Processo do Envelhecimento Humano. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, 12, 111-126.
- Silva, J. A. S. (2015). *Envelhecimento ativo e qualidade de vida: uso do tempo e condições de vida dos idosos do Bonfim*. Universidade Fernando Pessoa, Porto. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10284/4803>
- Smith, S. P., Jepson, V., & Perloff, E. (1982). Attitudes of nursing care providers toward elderly patients. *Nursing & health care: official publication of the National League for Nursing*, 3(2), 93-98.
- Stenner, P., Mcfarquhar, T., & Bowling, A. (2011). Older people and ‘active ageing’: subjective aspects of ageing actively”. *Journal of Health Psychology*, 16 (3), 467-477. doi: 10.1177/1359105310384298
- Tan, P., Zhang, H., & Fan, L. (2004). Students’ attitudes toward the elderly in the People’s Republic of China. *Educational Gerontology*, 30(4), 305-314. doi: 10.1080/03601270490278830
- Taylor, K. H., & Harned, T. L. (1978). Attitudes toward old people: A study of nurses who care for the elderly. *Journal of Gerontological Nursing*, 4(5), 43-47. doi: 10.3928/0098-9134-19780901-11
- Teixeira, M. C. T. V., Settembre, F. M., & Leal, S. B. (2007). A Survey of Women’s Social Representations of Aging and Rejuvenation. *The Spanish Journal of Psychology*, 10(1), 104-114. doi: 10.1017/s1138741600006363
- Thomson, D. (2002). Old Age in English History: Past Experiences, Present Issues. By Pat Thane. Oxford: Oxford University Press, 2000. *The Journal of Economic History*, 62(3), 878-879. doi:10.1017/S0022050702001274
- Tornstam, L. (2006). The complexity of ageism. A proposed typology. *International Journal of Ageing and Later Life*, 1(1), 43-68. doi: 10.3384/ijal.1652-8670.061143
- Torres, T. L., Camargo, B. V., & Bousfield, A. B. S. (2016). Estereótipos sociais do idoso para diferentes grupos etários. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 32(1), 209-218. doi: 10.1590/0102-37722016012114209218

- United Nations Economic Commission for Europe. (2013). Abuse of Older Persons. *UNECE Policy Brief on Ageing*, (14), 24.
- Ushoa, J., & Lima-Costa, M. F. (2011). *Envelhecimento e Saúde: Experiência e Construção Cultural*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Vauclair, C. M., Lima, M. L., Abrams, D., Swift, H. J., & Bratt, C. (2016). What do older people think that others think of them, and does it matter? The role of meta-perceptions and social norms in the prediction of perceived age discrimination. *Psychology and aging*, 31(7), 699-710. doi: 10.1037/pag0000125
- Viana, H. B. (2017). Universidade da Terceira Idade: Benefícios e Possibilidades para os Idosos. *Acta Científica*, 26(1), 57-68. doi: 10.1590/1981-22562017020.160192
- Viegas, L. M. M. (2001). *Atitudes dos enfermeiros para com os idosos*. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, Lisboa. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10451/34829>
- Vieira, R. D. S. (2019). *Idadismo: a influência de subtipos nas atitudes sobre os idosos*. Universidade Federal da Bahia, Bahia.
- Vitorino, L. M., Paskulin, L. M. G. & Vianna, L. A. C. (2012). Quality of life among older adults resident in long-stay care facilities. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20 (6), 1186-1195. doi: 10.1590/S0104-11692012000600022
- Vogel, T. & Wanke, M. (2016). What is an attitude and why is it important?. In T. Vogel & M. Wanke (Eds.), *Attitudes and attitude change (pp. 1-17)*. London: Routledge.
- Walker, A., & Loewenstein, A. (2009). European perspectives on quality of life in old age. *European Journal of Ageing*, 6(2), 61-66. doi: 10.1007/s10433-009-0117-9
- Weiss, D., & Kornadt, A. E. (2018). Age-Stereotype Internalization and Dissociation: Contradictory Processes or Two Sides of the Same Coin?. *Current Directions in Psychological Science*, 27(6), 477-483. doi: 10.1177/0963721418777743
- Wells, Y., Foreman, P., Gething, L., & Petralia, W. (2004). Nurses' attitudes toward aging and older adults. *Journal of Gerontological Nursing*, 30(9), 5-9. doi: 10.3928/0098-9134-20040901-04
- Westerhof, G. J., & Tulle, E. (2007). Meanings of ageing and old age: Discursive contexts, social attitudes and personal identities. *Ageing in society*, 235-254. doi: 10.4135/9781446278918.n11
- World Health Organization. (2002). *The world health report 2002: reducing risks, promoting healthy life*. Geneva: World Health Organization.

- World Health Organization. (2015a). *World report on ageing and health (Vol. 1)*. Luxembourg: World Health Organization.
- World Health Organization. (2015b). *10 facts on ageing and the life course*. Luxembourg: World Health Organization.
- Zamberini, B., Moraru, M., Hanna, M., Kalache, A., Macias & Nunez, J. (2008) Attitudes toward the elderly among students of health care related studies at the University of Salamanca, Spain. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 28(2), 86-90. doi: 10.1002/chp.162
- Zimerman, G. I. (2000). *Velhice – Aspectos Biopsicossociais*. Lisboa: Artmed.

Anexos

Anexo 1: Pedido de autorização para a recolha de dados



Assunto: Pedido de autorização para recolha de dados no âmbito da Dissertação de Mestrado

Exmo. Sr. Provedor da Santa Casa da Misericórdia de Barcelos,
Dr. Nuno Reis

Eu, Ana Rita Neves Pereira, aluna da Universidade Católica Portuguesa – Centro Regional de Braga, encontro-me a realizar um estudo no âmbito do 2º ano de Mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde, intitulado “Estudo sobre as representações sociais do envelhecimento ativo: comparação entre idosos e cuidadores formais”, sob orientação da Prof.^a Doutora Ângela Sá Azevedo.

O principal objetivo desta investigação é realizar um estudo comparativo entre as representações sociais do envelhecimento ativo dos idosos e cuidadores formais. Para o efeito, será utilizada uma pesquisa de índole quantitativa, descritivo correlacional, utilizando os seguintes instrumentos: “Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional de Idosos (OARS)” (Fillenbaum & Smyer, 1981), escala “Atitudes face ao Envelhecimento, versão curta (AAQ-12)” (Laidlaw, Kishita, Shenkin, & Power, 2018) e “Escala de Kogan de Atitudes para com as Pessoas Idosas (AKPI)” (Kogan, 1961).

Neste sentido, venho por este meio solicitar a V Ex^a a permissão para a recolha de dados junto de idosos institucionalizados em lares de acolhimento, com idades compreendidas entre os 65 e os 85 anos de idade (duração aproximada de 30 minutos), bem como a funcionários dos mesmos (duração de aplicação, de aproximadamente, 10 minutos).

Será salvaguardada a confidencialidade na recolha de dados, sendo a participação voluntária e dependente do consentimento informado dos inquiridos, informando os participantes do objetivo da investigação e da confidencialidade dos seus dados. A análise de dados será, posteriormente, desenvolvida através do programa de tratamento estatístico SPSS.

Com os melhores cumprimentos,

Barcelos, 13 de janeiro de 2020

A Mestranda:

(Ana Rita Neves Pereira)

A Orientadora:

(Prof. Doutora Ângela Sá Azevedo)

.....
Eu, _____, Provedor da Santa Casa da Misericórdia de Barcelos autorizo a recolha de dados conforme indicações descritas acima neste documento.

Assinatura: _____

Anexo 2: Consentimento informado



Projeto de Investigação Consentimento livre e informado

Eu, Ana Rita Neves Pereira, aluna da Universidade Católica Portuguesa – Centro Regional de Braga, solicito a sua participação num estudo que estou a realizar no âmbito do 2º ano de Mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde, intitulado “Estudo sobre as representações sociais do envelhecimento ativo: comparação entre idosos e cuidadores formais”. Trata-se de um tema bastante atual e pouco estudado no contexto Português. Por isso, o principal objetivo deste estudo é **realizar um estudo comparativo entre as representações sociais do envelhecimento ativo dos idosos e cuidadores formais**.

Para tal, serão aplicados: um questionário sociodemográfico, o Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional de Idosos (OARS) (Fillenbaum & Smyer, 1981), a escala Atitudes face ao envelhecimento, versão curta (AAQ-12)” (Laidlaw, Kishita, Shenkin, & Power, 2018) e a Escala de Kogan de Atitudes para com as Pessoas Idosas (AKPI) (Kogan, 1961). Após a aplicação dos questionários, será realizada a análise dos dados recolhidos. Será garantida completa **confidencialidade** da informação recolhida.

A sua participação é **voluntária** e tem toda a liberdade de recusar ou de abandonar. Caso pretenda participar, leia atentamente todas as questões e responda segundo as instruções. Não há respostas certas ou erradas. O que interessa é que responda como de facto se aplica a si, da forma mais sincera e espontânea possível.

Não existe qualquer tipo de risco associado ao preenchimento dos questionários referidos. Solicita-se apenas que **não deixe questões por responder**, uma vez que tal invalidará todas as restantes respostas. Tenha em atenção, por favor, o verso das páginas que contém também questões.

Declaro que aceito participar neste projeto de investigação. Fui informado(a) acerca da natureza do estudo, da participação voluntária e da confidencialidade e anonimato dos dados recolhidos (assinale com uma cruz).

Data: _____ de _____ de 2020

Anexo 3: Questionário Sociodemográfico

Questionário Sociodemográfico

Instruções:

Por favor, coloque uma cruz (X) em cada questão no quadrado respetivo, quando aplicável.

Caso se engane, pode riscar e reescrever à frente a resposta correta.

1. Idade _____ anos

2. Género:

Masculino

Feminino

Outro

3. Nível escolar:

Sem escolaridade

1ºCiclo

2ºCiclo

3ºCiclo

Ensino Secundário

Ensino Superior

4. Tempo de serviço de prestação de cuidados: _____ meses _____ anos

Anexo 4: Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional de Idosos (OARS)
(1981)

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO FUNCIONAL MULTIDIMENSIONAL DE IDOSOS (OARS)

Nome do/a entrevistador/a _____

Data da entrevista ___ / ___ / ___ Local da entrevista _____

Dados do/a entrevistado/a *(A preencher pelo entrevistador antes da entrevista)*

Apelido _____ Data de nascimento ___ / ___ / ___

Endereço _____ Telefone _____

1. Questões preliminares

Faça as perguntas 1 a 10 e anote todas as respostas. Só se pergunta a 4a. se o sujeito não possui telefone. Marque correcto (1) ou incorrecto (0) para cada uma das 10 perguntas.

1	0	1. Em que data estamos? Dia, mês e ano ___ / ___ / ___ (tolerância de 1 dia)
1	0	2. Que dia da semana é hoje?
1	0	3. Como se chama esta localidade?
1	0	4. Qual é o seu número de telefone?
1	0	4a. Qual é o seu endereço? (só se não tem telefone)
1	0	5. Quantos anos tem? _____
1	0	6. Qual é a sua data de nascimento? dia, mês e ano ___ / ___ / ___
1	0	7. Como se chama o actual Presidente da República?
1	0	8. Como se chamava o anterior Presidente da República?
1	0	9. Qual é o seu apelido?
1	0	10. Subtraia 3 de 20. Agora subtraia mais três... (20-3=17 ; 17-3=14 ; 14-3=11 ; 11-3=8; 8-3=5 ; 5-3=2 tolerância de 1 erro)

2. Sexo

- 0. MASCULINO
- 1. FEMININO

3. Número de filhos e filhas vivos

1. FILHAS _____
2. FILHOS _____

4. Idade _____ anos (não perguntar)

5. Que estudos completou?

1. NÃO SABE LER NEM ESCREVER
2. SABE LER E ESCREVER SEM POSSUIR GRAU DE ENSINO
3. ENSINO BÁSICO PRIMÁRIO
4. ENSINO BÁSICO PREPARATÓRIO
5. ENSINO SECUNDÁRIO
6. ENSINO MÉDIO
7. ENSINO SUPERIOR
9. NS / NR

SAÚDE MENTAL

Em continuação, gostaria de lhe fazer umas perguntas sobre o que sente em relação à sua vida.

31. Com que frequência se preocupa com as coisas em geral?
0. SEMPRE / QUASE SEMPRE
 1. ALGUMAS VEZES
 2. NUNCA / QUASE NUNCA
 9. NS / NR
33. Como descreveria, em geral, a sua satisfação com a vida?
2. BOA
 1. REGULAR
 0. MÁ
 9. NS / NR

32. Em geral, o que acha da sua vida?

2. INTERESSANTE
1. MONÓTONA
0. ABORRECIDA
9. NS / NR

34. Por favor, responda sim ou não às perguntas seguintes. Não há respostas correctas ou incorrectas, apenas o que melhor se aplica a si. Embora algumas perguntas pareçam não se lhe aplicar tente responder sim ou não conforme lhe parecer mais correcto. (assinalar sim ou não para cada uma)

	Sim ₁	Não ₀
1. ACORDA FRESCO/A E DESCANSADO/A QUASE TODAS AS MANHÃS?	S	N
2. A SUA VIDA ESTÁ CHEIA DE COISAS QUE O/A MANTÉM INTERESSADO/A?	S	N
3. POR VEZES SENTIU VONTADE DE FUGIR DE CASA?	S	N
4. PARECE-LHE QUE NINGUÉM O/A COMPREENDE?	S	N
5. TEVE PERÍODOS DE DIAS, SEMANAS OU MESES EM QUE NÃO PODIA OCUPAR-SE DE NADA PORQUE NÃO AGUENTAVA MAIS?	S	N
6. O SEU SONO É IRREGULAR E INQUIETO?	S	N
7. É FELIZ A MAIOR PARTE DO TEMPO?	S	N
8. PENSA QUE SE TRAMA ALGUMA COISA CONTRA SI?	S	N
9. POR VEZES SENTE QUE NÃO SERVE PARA NADA?	S	N
10. NOS ÚLTIMOS ANOS SENTIU-SE BEM A MAIOR PARTE DO TEMPO?	S	N
11. SENTE-SE MUITAS VEZES FRACO/A?	S	N
12. TEM DORES DE CABEÇA?	S	N
13. TEM DIFICULDADE EM MANTER O EQUILÍBRIO QUANDO CAMINHA?	S	N
14. SENTE PALPITAÇÕES E FALTA DE AR?	S	N
15. MESMO QUANDO ESTÁ COM OUTRAS PESSOAS SENTE-SE SÓ A MAIOR PARTE DAS VEZES? ...	S	N

35. Como classifica, em geral, o seu estado mental ou emocional?

3. ÓPTIMO
2. BOM
1. RAZOÁVEL
0. MAU
9. NS / NR

36. Comparado com há cinco anos como classifica hoje o seu estado mental ou emocional?

2. MELHOR
1. IGUAL
0. PIOR
9. NS / NR

SAÚDE FÍSICA

37. Quantas vezes foi visto/a pelo médico nos últimos seis meses, sem estar internado/a num hospital? *(excluir os psiquiatras)*

_____ vezes

38. Nos últimos seis meses, quantos dias esteve tão doente que foi incapaz de realizar as suas actividades do dia-a-dia, como ir trabalhar ou fazer as tarefas da casa?

_____ dias

39. Quantos dias, nos últimos seis meses, esteve internado/a no hospital por problemas de saúde física?

_____ dias

40. Quantos dias, nos últimos seis meses, esteve internado/a noutra instituição de saúde por problemas de saúde física?

_____ dias

41. Acha que necessita de cuidados ou tratamentos médicos para além dos que recebe neste momento?

1. SIM
0. NÃO
9. NS / NR

42. Poderia dizer-me, por favor, se no último mês lhe recitaram alguns dos seguintes medicamentos?

1. PARA A ARTRITE
2. PARA A DOR (DISTINTOS DOS ANTERIORES)
3. PARA A HIPERTENSÃO ARTERIAL (*tensão alta*)
4. DIURÉTICOS
5. PARA A INSUFICIÊNCIA CARDÍACA OU ARRITMIAS
6. NITROGLICERINA PARA A ANGINA DE PEITO
7. ANTICOAGULANTES
8. PARA MELHORAR A CIRCULAÇÃO
9. INJEÇÕES DE INSULINA PARA A DIABETES
10. COMPRIMIDOS PARA A DIABETES
11. PARA ÚLCERA (*sistema digestivo*)
12. CRISE EPILÉTICA
13. PARA A TIRÓIDE
14. CORTICOSTERÓIDES
15. ANTIBIÓTICOS
16. TRANQUILIZANTES OU MEDICAMENTOS PARA OS NERVOS
17. MEDICAMENTOS PARA DORMIR (*uma vez por semana ou mais*)
18. MEDICAMENTOS HORMONAIS (*incluindo a pílula*)

43. Que outros medicamentos recitados tomou no último mês? _____

44. Tem alguma das seguintes doenças neste momento?

(Para cada resposta afirmativa perguntar: De que modo é que interfere nas suas actividades?)

	NADA	POUCO	MUITO
1. ARTRITE OU REUMATISMO	1	2	3
2. GLAUCOMA	1	2	3
3. ASMA	1	2	3
4. ENFISEMA OU BRONQUITE CRÓNICA	1	2	3
5. TUBERCULOSE	1	2	3
6. HIPERTENSÃO	1	2	3
7. PROBLEMAS CARDÍACOS	1	2	3
8. PROBLEMAS CIRCULATORIOS DOS MEMBROS	1	2	3
9. DIABETES	1	2	3
10. ÚLCERAS (<i>sistema digestivo</i>)	1	2	3
11. DOENÇA DO FÍGADO	1	2	3
12. DOENÇA DOS RINS	1	2	3
13. OUTRAS DOENÇAS DO SISTEMA URINÁRIO	1	2	3
14. CANCRO OU LEUCEMIA	1	2	3
15. ANEMIA	1	2	3
16. CONSEQUÊNCIAS DE A.V.C.	1	2	3

	NADA	POUCO	MUITO
17. DOENÇA DE PARKINSON	1	2	3
18. EPILEPSIA	1	2	3
19. PARALISIA CEREBRAL	1	2	3
20. ESCLEROSE MÚLTIPLA	1	2	3
21. DISTRÓFIA MUSCULAR	1	2	3
22. CONSEQUÊNCIA DA POLIOMIELITE	1	2	3
23. DOENÇA DA TIRÓIDE OU OUTRAS GLÂNDULAS.....	1	2	3
24. DOENÇAS DA PELE (<i>úlceras/escaras, queimaduras...</i>).....	1	2	3
25. PROBLEMAS DA FALA	1	2	3

45. Tem alguma incapacidade física ...
0. NÃO
 1. PARALISIA TOTAL
 2. PARALISIA PARCIAL
 3. FALTA DE MEMBRO /FUNÇÃO
 4. FRACTURA ÓSSEA
 9. NS / NR
46. Como está a sua visão mesmo com óculos ou lentes de contacto?
1. MUITO BOA
 2. BOA
 3. REGULAR
 4. MAL
 5. ESTÁ CEGO
 9. NS / NR
47. Como está a sua audição? (*sem ajuda*)
1. MUITO BOA
 2. BOA
 3. REGULAR
 3. MAL
 5. ESTÁ SURDO
 9. NS / NR
48. Neste momento, tem algum outro problema ou doença física que afectem seriamente a sua saúde?
1. SIM *Especificar* _____
 0. NÃO
 9. NS / NR
- DISPOSITIVOS DE APOIO E PROTESES**
49. Usa alguma das seguintes ajudas sempre ou quase sempre?
1. BENGALA OU TRIPÉ
 2. MULETAS
 3. CADEIRA DE RODAS
 4. ORTÓTESE (MEMBROS INFERIORES)
 5. ORTÓTESE (COLUNA)
 6. MEMBRO ARTIFICIAL
 7. PRÓTESE AURICULAR
 8. EQUIPAMENTO DE COLOSTOMIA
 9. SONDA VESICAL
 10. DIÁLISE
 11. OUTROS (*por ex. dentadura*)
Especificar _____
50. Precisa de alguma ajuda deste tipo que actualmente não tenha?
1. SIM (→ P 50a.)
 0. NÃO (→ P 51.)
 9. NS / NR
- 50a. Especificar, utilizando os números correspondentes às opções de resposta à pergunta 49.
Quais? / / / / /
51. Tem algum problema de saúde por beber, ou o seu médico alguma vez lhe disse que deveria beber menos?
1. SIM
 0. NÃO
 9. NS / NR
52. Pratica regularmente algum tipo de actividade física como cavar a terra, dar longas caminhadas ou praticar algum desporto cansativo?
1. SIM
 0. NÃO
 9. NS / NR
53. Como avalia a sua saúde, em geral, neste momento?
3. MUITO BOA
 2. BOA
 1. REGULAR
 0. MÁ
 9. NS / NR
54. Comparado com há cinco anos como classifica hoje a sua saúde?
2. MELHOR
 1. IGUAL
 0. PIOR
 9. NS / NR
55. De que modo é que os seus problemas de saúde interferem na sua vida?
2. NADA
 1. UM POUCO
 0. MUITO
 9. NS / N

ACTIVIDADES DA VIDA DIÁRIA – AVD

Agora gostaria de fazer-lhe algumas perguntas sobre as suas actividades da vida diária, coisas que todos necessitamos fazer como parte das nossas vidas diárias. Gostaria de saber se consegue ou conseguiria fazer estas actividades sem qualquer ajuda, com alguma ajuda para as fazer, ou se as não pode fazer.

AVD INSTRUMENTAL

56. **É capaz de usar o telefone ...**
 2. SEM AJUDA (*incluindo procurar números e marcar*)
 1. COM ALGUMA AJUDA (*pode responder a chamadas ou marcar números de emergência, mas necessita ajuda para outros números*)
 0. É INCAPAZ DE UTILIZAR O TELEFONE
 9. NS / NR
57. **Pode ir até locais onde não é possível ir a pé ...**
 2. SEM AJUDA (*conduz o seu carro, ou viaja sozinho em autocarro ou taxi*)
 1. COM ALGUMA AJUDA (*necessita que alguém o/a ajude ou o/a acompanhe quando viaja*)
 0. É INCAPAZ DE VIAJAR (*a não ser que o faça em veículo especial como uma ambulância*)
 9. NS / NR
58. **Pode ir fazer as compras de alimentos, roupa, etc.**
(assumindo que tem meio de transporte)
 2. SEM AJUDA (*encarrega-se de tudo o que necessita comprar*)
 1. COM ALGUMA AJUDA (*necessita que alguém o acompanhe quando vai às compras*)
 0. É INCAPAZ DE FAZER QUALQUER TIPO DE COMPRA
 9. NS / NR
59. **É capaz de preparar as suas refeições ...**
 2. SEM AJUDA (*planeia e prepara-as ele/a mesmo*)
 1. COM ALGUMA AJUDA (*pode preparar algumas coisas mas não todas as refeições*)
 0. É INCAPAZ DE PREPARAR QUALQUER REFEIÇÃO
 9. NS / NR
60. **É capaz de fazer as tarefas de casa ...**
 2. SEM AJUDA (*pode limpar o chão, etc.*)
 1. COM ALGUMA AJUDA (*pode fazer trabalhos leves mas necessita ajuda para os pesados*)
 0. É INCAPAZ DE FAZER QUALQUER TRABALHO DOMÉSTICO
 9. NS / NR
61. **É capaz de tomar os seus medicamentos ...**
 2. SEM AJUDA (*a dose certa na hora certa*)
 1. COM ALGUMA AJUDA (*capaz de tomar os medicamentos se lhos prepararem e/ou se lhe recordarem que tem que os tomar*)
 0. É INCAPAZ DE TOMAR OS SEUS MEDICAMENTOS
 9. NS / NR

62. **É capaz de lidar com o dinheiro ...**
 2. SEM AJUDA (*passar cheques, pagar facturas, etc.*)
 1. COM ALGUMA AJUDA (*administra o dinheiro do dia-a-dia mas necessita ajuda para passar cheques e pagar facturas*)
 0. É INCAPAZ DE ADMINISTRAR O SEU DINHEIRO
 9. NS / NR

AVD FÍSICO

63. **É capaz de comer ...**
 2. SEM AJUDA (*é capaz de comer sozinho*)
 1. COM ALGUMA AJUDA (*necessita ajuda para cortar a comida, etc.*)
 0. É INCAPAZ DE COMER SOZINHO/A
 9. NS / NR
64. **Pode vestir-se e despir-se sozinho ...**
 2. SEM AJUDA (*é capaz de escolher a roupa, vestir-se e despir-se*)
 1. COM ALGUMA AJUDA
 0. É INCAPAZ DE VESTIR-SE E DESPIR-SE SOZINHO/A
 9. NS / NR
65. **Pode cuidar da sua aparência, por exemplo, pentear-se e (para homens) barbear-se ...**
 2. SEM AJUDA
 1. COM ALGUMA AJUDA
 0. É INCAPAZ DE CUIDAR DA SUA APARÊNCIA
 9. NS / NR
66. **Pode andar ...**
 2. SEM AJUDA (*excepto de bengala*)
 1. COM AJUDA (*de alguém ou com o uso de muletas ou aparelho de ajuda à marcha*)
 0. É INCAPAZ DE ANDAR
 9. NS / NR
67. **Pode levantar-se e deitar-se na cama ...**
 2. SEM AJUDA (*de ninguém e sem qualquer dispositivo*)
 1. COM ALGUMA AJUDA (*de pessoa ou de dispositivo*)
 0. DEPENDE COMPLETAMENTE DE ALGUÉM QUE O/A LEVANTE
 9. NS / NR
68. **Pode tomar banho ou duche ...**
 2. SEM AJUDA
 1. COM ALGUMA AJUDA (*necessita ajuda para entrar ou sair da banheira ou utiliza suporte mecânico na banheira*)
 0. É INCAPAZ DE TOMAR BANHO SOZINHO/A
 9. NS / NR
69. **Tem tido problemas em chegar à casa de banho a tempo**
 2. NÃO (→ P 70.)
 1. SIM, MAS AGORA NÃO PORQUE TENHO SONDA/ COLOSTOMIA (→ P 70.)
 0. SIM (→ P 69a.)
 9. NS / NR

69a. Com que frequência se molha ou se suja (tanto de dia como de noite)?

1. UMA OU DUAS VEZES POR SEMANA
- 0 TRÊS VEZES POR SEMANA OU MAIS
9. NS / NR

70. Há alguém que o/a ajude em coisas tais como ir às compras, fazer as tarefas da casa, tomar banho, vestir-se ou sair de casa / passear?
1. SIM (→ P 70a.)

70a. Quem é a sua maior ajuda?

Nome: _____

Relação: _____

70b. Além desta quem mais o/a ajuda?

Nome: _____

Relação: _____

AS QUESTÕES SEGUINTE SÃ O DIRIGIDAS AO ENTREVISTADOR E DEVEM SER RESPONDIDAS IMEDIATAMENTE APÓS DEIXAR O LOCAL DA ENTREVISTA

81. Duração da entrevista: _____ minutos

82. A informação objectiva foi obtida do:

1. SUJEITO
2. FAMILIAR
3. OUTRO *Especificar* _____

83. As perguntas objectivas obtidas do sujeito e/ou informante são ...

1. DE TOTAL CONFIANÇA
2. DE CONFIANÇA NA MAIORIA DOS CASOS
3. DE CONFIANÇA SÓ EM ALGUNS CASOS
4. NÃO SÃO CONFIÁVEIS

84. As perguntas subjectivas são:

1. DE TOTAL CONFIANÇA (→ P 87.)
2. DE CONFIANÇA NA MAIORIA DOS CASOS (→ P 87.)
3. DE CONFIANÇA SÓ EM ALGUNS CASOS (→ P 87.)
4. NÃO SÃO CONFIÁVEIS (→ P 87.)
5. NÃO SE OBTIVERAM (→ P 86a.)

86a. Porque não respondeu o sujeito às questões subjectivas?

1. AFASIA / DISARTRIA
2. SURDEZ
3. DEMÊNCIA
4. OLIGOFRENIA
5. DEMASIADO DOENTE
6. NÃO COLABOROU
7. OUTRO *Especificar* _____

SAÚDE MENTAL

85. Tem a impressão de que o sujeito demonstra sentido, ou senso comum, ao fazer juízos e tomar decisões?

1. SIM
0. NÃO
9. NS / NR

86. Tem a impressão de que o sujeito é capaz de lidar ou fazer frente aos problemas graves que ocorrem na sua vida?

1. SIM

- 0. NÃO
- 9. NS / NR

87. Tem a impressão de que o sujeito acha a vida interessante e divertida?

- 1. SIM
- 0. NÃO
- 9. NS / NR

88. Durante a entrevista o comportamento do sujeito pareceu-lhe ser:

- 1. MENTALMENTE ALERTA E ESTIMULADO
- 2. AGRADÁVEL E PARTICIPATIVO
- 3. DEPRESSIVO E/OU CHOROSO
- 4. DISTRAÍDO OU LETÁRGICO
- 5. AMEDRONTADO, INQUIETO OU EXTREMAMENTE TENSO
- 6. CHEIO DE QUEIXAS FÍSICAS NÃO REALISTAS
- 7. DESCONFIADO (mais do que razoável)
- 8. EXTRAVAGANTE OU INAPROPRIADO EMPENSAMENTO OU ACÇÃO
- 9. EXCESSIVAMENTE FALADOR, MUITO ALEGRE OU EUFÓRICO

SAÚDE FÍSICA

89. O sujeito é obeso/a, mal nutrido/a ou emagrecido/a:

- 0. NÃO
- 1. SIM, É OBESO/A
- 2. SIM, ESTÁ MAL NUTRIDO/A OU EMAGRECIDO/A
- 9. NS / NR

Anexo 5: Atitudes face ao Envelhecimento, versão curta (AAQ-12) (2018)

Attitudes to Ageing Questionnaire, versão curta (AAQ-12)

Carolina Cunha, 2018

Em geral, diga em que medida concorda ou discorda com cada uma das doze afirmações abaixo.

Para cada afirmação, faça uma cruz (X) na coluna que melhor se aproxima à sua opinião.

	Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
1 - Não me sinto velho/velha.					
2 - É um privilégio chegar a uma idade avançada.					
3 - A velhice é um período da vida deprimente.					
4 - Tenho mais energia do que esperava para a minha idade.					
5 - Envelhecer também traz muitas coisas agradáveis.					
6 - Vejo a velhice principalmente como um tempo de perda.					
7 - A minha saúde está melhor do que esperava para a minha idade.					
8 - É muito importante para mim transmitir aos mais novos o que aprendi com a experiência.					
9 - Com a idade, torna-se mais difícil fazer novos amigos.					
10 - Tento manter-me em forma praticando exercício físico.					
11 - Quero ser um bom exemplo para os mais novos.					
12 - Sinto-me posto/posta de parte em várias ocasiões por causa da minha idade.					

IDENTIFICAÇÃO			
IDADE		DATA	
SCORE	MF -	PP -	CP -
OBSERVAÇÕES			

Anexo 6: Escala de Atitudes de Kogan para com as Pessoas Idosas (AKPI) (1961)

**ESCALA DE KOGAN DE ATITUDES PARA COM AS
PESSOAS IDOSAS ***

Leia cuidadosamente cada uma das afirmações e, em seguida, escolha uma das seis respostas possíveis; escolha a que melhor traduz a sua atitude para com as pessoas idosas.

Respostas possíveis:

1	2	3	5	6	7
Discordo completamente	Discordo em grande parte	Discordo parcialmente	Concordo parcialmente	Concordo em grande parte	Concordo completamente

Para dar a sua resposta deve fazer uma cruz no número que melhor corresponde à sua opinião relativamente a cada uma das afirmações apresentadas.

Se quiser alterar uma resposta já anotada, risque-a e faça de novo uma cruz no número que lhe parecer mais adequado.

Não tem limite de tempo mas tente responder o mais espontaneamente que lhe for possível.

Por favor, responda a todas as afirmações.

ESCALA DE KOGAN DE ATITUDES PARA COM AS PESSOAS IDOSAS

Sexo:.....Idade:.....Estado Civil:.....Data da Aplicação:...../...../.....

Habilitações Académicas:.....

Categoria Profissional:.....Tempo na Categoria:.....

Tempo na Profissão:.....

Exerce funções na prestação directa de cuidados: Na gestão:

Outra Qual:.....

Hospital: Centro de Saúde: Outro: Qual:.....

Serviço / Área em que exerce funções:..... Há quanto tempo:.....

Experiencia profissional anterior noutros serviços / áreas: Sim Não:

Qual:..... Quanto tempo:.....

Qual:..... Quanto tempo:.....

Qual:..... Quanto tempo:.....

Qual:..... Quanto tempo:.....

DISCORDO			CONCORDO		
COMPLETAMENTE	EM GRANDE PARTE	PARCIALMENTE	PARCIALMENTE	EM GRANDE PARTE	COMPLETAMENTE

1- Pode-se contar com uma zona residencial agradável quando essa zona é habitada por um número razoável de pessoas idosas. 1 2 3 5 6 7

2- Muitas pessoas idosas prefeririam continuar a trabalhar enquanto podem em vez de dependerem de outras pessoas. 1 2 3 5 6 7

3- Se as pessoas idosas querem que gostem delas, o primeiro passo a darem é tentarem libertar-se dos seus defeitos irritantes. 1 2 3 5 6 7

4- É disparatado pensar que a sabedoria vem com a idade. 1 2 3 5 6 7

DISCORDO			CONCORDO		
COMPLETAMENTE	EM GRANDE PARTE	PARCIALMENTE	PARCIALMENTE	EM GRANDE PARTE	COMPLETAMENTE

- 5- Provavelmente seria melhor que as pessoas idosas habitassem em prédios também habitados por pessoas mais novas. 1 2 3 5 6 7
- 6- A maioria das pessoas idosas parece ter uma aparência pessoal arranjada e asseada. 1 2 3 5 6 7
- 7- A maioria das pessoas idosas são bastante parecidas umas com as outras com exceção de alguns casos. 1 2 3 5 6 7
- 8- A maioria das pessoas idosas provoca mal-estar nos outros. 1 2 3 5 6 7
- 9- A maioria das pessoas idosas aborrece os outros quando insiste em falar sobre os bons velhos tempos. 1 2 3 5 6 7
- 10- A maioria das pessoas idosas são alegres, agradáveis e bem humoradas. 1 2 3 5 6 7
- 11- A maioria das pessoas idosas não são diferentes das outras pessoas, é tão fácil compreendê-las como às mais novas. 1 2 3 5 6 7
- 12- A maioria das pessoas idosas queixam-se constantemente do comportamento das gerações mais novas. 1 2 3 5 6 7
- 13- A maioria das pessoas idosas são capazes de se adaptarem de novo quando a situação o exige. 1 2 3 5 6 7
- 14- A maioria das pessoas idosas não precisa de mais amor e encorajamento que outra pessoa qualquer. 1 2 3 5 6 7
- 15- A maioria das pessoas idosas gasta bastante tempo a intrrometer-se nos assuntos dos outros, dando conselhos sem serem solicitadas. 1 2 3 5 6 7

DISCORDO			CONCORDO		
COMPLETAMENTE	EM GRANDE PARTE	PARCIALMENTE	PARCIALMENTE	EM GRANDE PARTE	COMPLETAMENTE

- 16- Pode-se contar com que a maioria das pessoas idosas mantenha a casa limpa e atractiva. **1 2 3 5 6 7**
- 17- As pessoas idosas têm demasiado poder na área dos negócios e da política. **1 2 3 5 6 7**
- 18- A maioria das pessoas idosas prefere deixar de trabalhar logo que o montante da reforma seja suficiente para aguentar as despesas que tem. **1 2 3 5 6 7**
- 19- Quando se pensa sobre o assunto, conclui-se que as pessoas idosas têm os mesmos defeitos que as outras pessoas. **1 2 3 5 6 7**
- 20- Com o passar dos anos as pessoas adquirem mais sabedoria. **1 2 3 5 6 7**
- 21- Provavelmente seria melhor se a maioria das pessoas idosas vivesse nos mesmos prédios que outras pessoas da sua idade. **1 2 3 5 6 7**
- 22- A maioria das pessoas idosas deveria preocupar-se mais com a sua aparência pessoal. Habitualmente têm um aspecto desleixado. **1 2 3 5 6 7**
- 23- É evidente que a maior parte dos idosos são muito diferentes uns dos outros. **1 2 3 5 6 7**
- 24- A maioria das pessoas idosas provoca nos outros descontração quando convivem com elas. **1 2 3 5 6 7**
- 25- Uma das características mais interessantes da maioria das pessoas idosas são as suas experiências do passado. **1 2 3 5 6 7**
- 26- A maioria das pessoas idosas são irritantes, inconvenientes e desagradáveis. **1 2 3 5 6 7**

