



Elsa Patrícia Teixeira Da Silva

**Dissertação de Mestrado**

Retratos da Velhice na freguesia de Basto  
Cabeceiras de Basto

**Mestrado em Intervenção para um Envelhecimento Activo**

Dissertação realizada sob a orientação de

**Fernando Magalhães**

Leiria, 2013



**JÚRI**

Doutor/a

---

Presidente

Doutor/a

---

Doutor/a

---

Doutor/a

---

Doutor/a

---

## Agradecimentos

A construção de uma Dissertação de Mestrado é um processo solitário mas não é um caminho que se percorre sozinha. Deste modo pretendo aqui agradecer a todos aqueles que mais diretamente me apoiaram na elaboração deste trabalho:

Ao meu orientador, Professor Fernando Magalhães, pois nem a sobrecarga do trabalho conseguiu atrapalhar a sua dedicação, a sua disponibilidade e o seu saber. Com a sua palavra amiga e com muita paciência, conseguiu apoiar-me em todas as dúvidas que na altura pareciam enormes.

À população de Cabeceiras de basto, que se mostrou disponível para fazer parte deste estudo, sem a vossa ajuda era impossível a sua finalização.

A todos os meus amigos mais próximos, que devido à sua amizade e alegria constante, me proporcionaram momentos de desconpressão e recuperação de energias para continuar a investigação: Tânia Sousa, Eunice Carvalheiro, Diana Coutinho, Patrícia Mota, Joana Carvalho.

Aos meus pais, pelos seus conselhos pertinentes e pelo apoio prestado durante este árduo percurso.

Ao Paulo Pinto, por estar sempre de braços abertos para me receber nos momentos de maior tensão, por todo o apoio que me tem dado, pelas palavras de incentivo e apenas por ser tão especial na minha vida.

Ao Instituto Politécnico de Leiria, que me ajudou a crescer como pessoa, cultivando em mim o gosto pelo saber e pelo Serviço Social.

A todos aqueles que acreditaram em mim, que acharam que eu era capaz e que não deixaram que desistisse desta jornada.

## Resumo

Nesta investigação pretendeu-se estudar a existência ou não de preconceitos ou estereótipos associados à velhice, num meio rural e envelhecido, como o Concelho de Cabeceiras de Basto. Desta forma foi-se ao encontro da teoria das Representações Sociais apresentadas por Serge Moscovici, tendo em conta que a representação social é uma forma de conhecimento da atividade mental desenvolvida pelos indivíduos e pelos grupos, para fixar as suas posições relativamente a várias situações, eventos, objetos e comunicações. A investigação enquadra-se no estudo de caso, tendo-se optado por uma metodologia que cruzou dados quantitativos com dados qualitativos. Foram utilizados como elementos integrantes da amostra, 186 participantes de todos os grupos etários, pertencentes à freguesia de Basto, do Município de Cabeceiras de Basto. Os dados colhidos foram agrupados em várias categorias de análise e comparados com a literatura científica sobre o tema. O grupo pesquisado destacou-se pelas suas opiniões acerca do processo de envelhecimento, evidenciando tanto os ganhos como as perdas que dele advém.

**Palavras-chave:** Envelhecimento; Velhice; Idoso; Representações Sociais, Estereótipo; Saúde

## **Abstract**

In this research was intended to study the existence or not of preconceptions or stereotypes associated with ageing, on a rural and aged area, like the County of *Cabeceiras de Basto*.

This way was out to meet of the theory of Social Representations presented by Serge Moscovici, taking into account that Social Representation it's a way of knowledge of mental activity by individuals and groups, to establish their positions on various situations, events, objects and communications. The research is part of the case study. I choose a methodology that crossed quantitative data with qualitative data. It was used as elements of the sample, 186 participants from all age groups, belonging to the parish of Basto, in the municipality of Cabeceiras de Basto. The collected data was grouped in several analysis categories and compared with scientific literature. The research group stood out for their opinions about ageing process, showing both gains and losses that comes from it.

## **Keywords**

Ageing, social representations, health

## Índice

Introdução.....	1
Capítulo I – Enquadramento Teórico .....	3
1.1. O século do Envelhecimento: XXI.....	3
1.2. Envelhecimento e Velhice .....	7
1.3. Aspetos biopsicossociais da velhice .....	10
1.4. Doença e Saúde no Envelhecimento.....	17
1.5. Teorias do Envelhecimento.....	20
Capítulo II – As Representações Sociais da Velhice .....	23
2.1. As Representações Sociais da Velhice na Sociedade Atual.....	23
2.2. Mitos e Estereótipos acerca da Velhice .....	27
2.3. A velhice vista pelo Idoso .....	29
2.4. Atitudes em relação à velhice .....	31
Capítulo III – Metodologia de Investigação.....	34
3.1. Objetivos gerais e específicos .....	34
3.2. Amostra .....	36
3.3. Instrumento de recolha de dados .....	36
Capítulo IV - Apresentação e discussão dos resultados.....	38
4.1 - O processo de envelhecimento: percepções de género.....	38
4.2 – Classe etária e percepções acerca do envelhecimento .....	39
4.3. Representações sobre a velhice e Habilitações literárias .....	42
4.4. Percepções gerais sobre o processo de envelhecimento .....	43
4.5. Interpretações sobre as alterações biopsicossocioculturais decorrentes do processo de envelhecimento.....	45
4.6. A sociedade e o idoso.....	48
4.7. Estereótipos e mitos associados à velhice. ....	50
4.8. Preparação para uma velhice bem-sucedida .....	54
Conclusões .....	58
Bibliografia .....	61
Anexos.....	66

## Índice de Tabelas

Tabela 1 -Alterações Estruturais ligadas ao Envelhecimento.....	12
Tabela 2 - Alterações Funcionais ligadas ao Envelhecimento .....	13
Tabela 3 - Alterações Cognitivas ligadas ao Envelhecimento .....	14
Tabela 4 - Distribuição da amostra por Género.....	39
Tabela 5 - Distribuição da Amostra por Classes Etárias .....	40
Tabela 6 - Distribuição da amostra por Habilitações Literárias .....	42
Tabela 7 - Opinião dos Inquiridos quanto à opinião positiva/negativa sobre a velhice .....	43
Tabela 8 - Opinião dos Inquiridos quanto ao processo de envelhecimento .....	46
Tabela 9 - Opinião positiva/negativa dos Inquiridos quanto à velhice .....	47
Tabela 10 - Fatores associados ao início da velhice.....	47
Tabela 11 - Opinião quanto à atenção da sociedade para com os idosos .....	49
Tabela 12 - Estereótipos negativos mais frequentes.....	51
Tabela 13 - Termos que caracterizam a velhice.....	53
Tabela 14 - Velhice Bem-sucedida.....	55

## **Índice de Ilustrações**

Ilustração 1 - Projeções da População de Jovens e idosos entre 2000 e 2050 em Portugal.....	4
Ilustração 2 - Projeções da População em Portugal Segundo diferentes cenários.....	5

## Introdução

As projeções demográficas apresentadas pelo Instituto Nacional de Estatística (INE) apontam para uma transição demográfica sem precedentes na história portuguesa. O envelhecimento populacional é um fenómeno novo, uma realidade que nos propõe desafios, mas também apresenta oportunidades.

Devido aos progressos da medicina e da farmacologia, os idosos vivem cada vez mais tempo e com mais qualidade de vida, pois muitas das doenças que anteriormente eram fatais, são agora erradicadas ou controladas. O crescente envelhecimento da população a nível nacional, europeu e mundial, bem como o conseqüente aumento do peso social, financeiro e político da população idosa, obrigam, por outro lado, a repensar os modelos de sustentabilidade social de cada país.

De acordo com Costa *et al.* (1999:43), *o envelhecimento é um processo de diminuição orgânica e funcional, não decorrente de acidente ou doença e que acontece inevitavelmente com o passar do tempo* (Costa *et al.*, 1999: 43). Há um desgaste das capacidades fisiológicas de forma progressiva direta ou grave, podendo terminar numa velhice patológica. Apesar dos progressos já referidos que podem conduzir a um processo de envelhecimento mais saudável, a velhice é, ainda, vista como algo indesejável, uma fase marcada por perdas, associada à doença e à morte.

Mesmo sabendo que nem todos os idosos têm uma velhice patológica, o preconceito parece persistir e as imagens que fazemos acerca desta última etapa da vida nem sempre são positivas. É seguindo estas ideias que decidimos estudar as representações sociais da velhice na freguesia de Basto, pertencente ao concelho de Cabeceiras de Basto. Trata-se de uma comunidade de interior, marcada, como tantas outras, por altos índices de envelhecimento.

Pretendemos averiguar e estudar preconceitos ou estereótipos negativos e/ou positivos, associados à velhice, num meio rural e envelhecido. No contexto do trabalho que propomos, formulou-se a seguinte questão de investigação:

- Quais são as representações sociais da velhice na população de Basto - Cabeceiras de Basto?

Para a prossecução dos objetivos associados à questão de partida, dividiu-se este estudo em quatro capítulos. O primeiro capítulo engloba a problemática do envelhecimento demográfico e das suas consequências económicas e sociais, bem como aborda os conceitos de envelhecimento e de velhice, e os aspetos biopsicossociais do envelhecimento. Para além destes tópicos, será analisada a dicotomia saúde *versus* doença e, por fim, uma breve referência às teorias biológicas, psicológicas e sociais do envelhecimento.

No segundo capítulo deparamo-nos com o tema das representações sociais na sociedade atual. Iremos analisar, através da literatura, os estereótipos, mitos e imagens existentes na, e, sobre a velhice, a perceção da velhice pelo idoso e, por fim, os perigos potenciais que estes mitos e estereótipos podem causar nos idosos.

O terceiro capítulo diz respeito à metodologia adotada, privilegiando uma abordagem que cruza dados quantitativos com qualitativos, da problemática em estudo. Neste capítulo estão presentes os objetivos que norteiam esta investigação, a amostra e os instrumentos de recolha de dados utilizados.

Por último, no quarto capítulo procede-se à discussão dos resultados e implicações das representações associadas à velhice. Neste capítulo apresentam-se as limitações do estudo que poderão ter influenciado a interpretação dos resultados.

A investigação termina com a apresentação de conclusões consideradas mais relevantes.

## Capítulo I – Enquadramento Teórico

### 1.1. O século do Envelhecimento: XXI

O século XXI é certamente o século dos idosos, na medida em que o crescimento da população idosa marca sobretudo o mundo ocidental, mas assume-se também como um fenómeno mundial. Este processo abrange toda a população, em todos os tempos, mesmo os que agora são jovens, tornar-se-ão nos idosos do futuro. Paraphraseando Hamilton (2000), citado em Moura (2006) *o envelhecimento não é exclusivamente dos tempos modernos, no entanto, foi nos últimos cem anos que se tornou algo comum (...)* (Hamilton, 2000, citado em Moura, 2006:33). As concepções da velhice são tão antigas como a origem da humanidade, sendo que desde o início da civilização que o processo de envelhecimento é uma das suas principais preocupações.

A Organização das Nações Unidas (ONU), citado por Moura (2006:36) considera que o período de 1975 a 2025 é considerado como a *Era do Envelhecimento*. Este processo é produto das mudanças que ocorreram na estrutura etária das populações, diminuindo os segmentos mais jovens e aumentando a população idosa. O envelhecimento demográfico é um processo irreversível, resultante do aumento da proporção de pessoas com mais de 65 anos de idade e pelo alongamento das suas vidas para além do período de atividade, bem como da diminuição da proporção de população entre os 15 e os 19 anos.

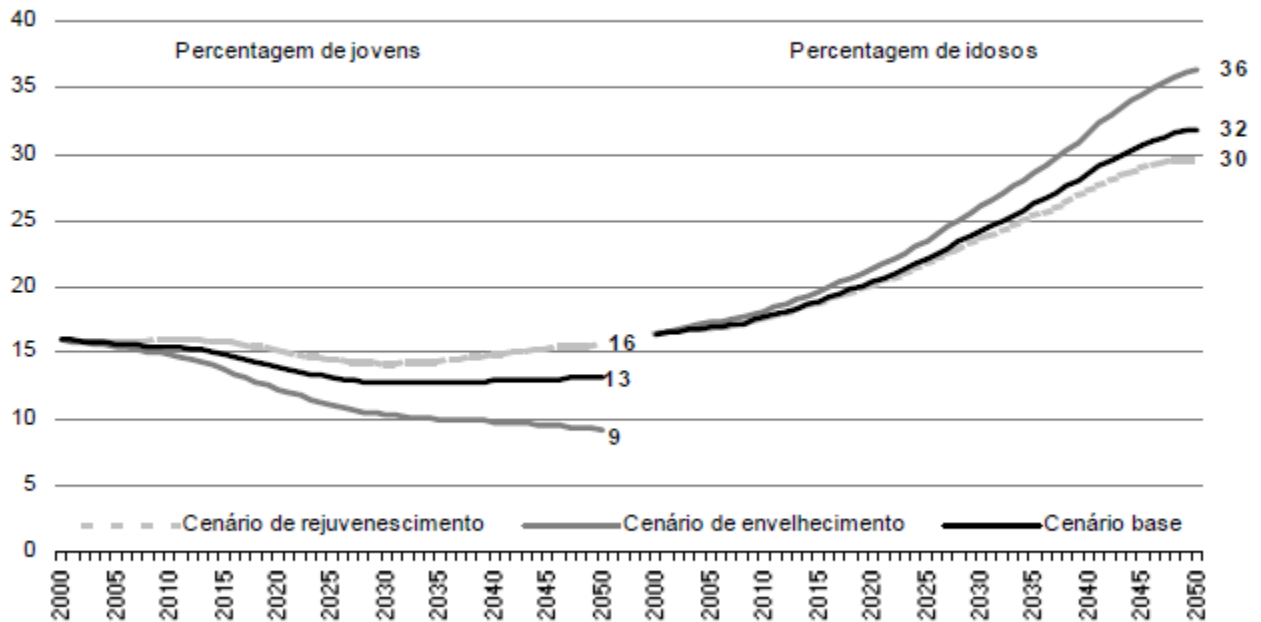
Segundo dados da Organização Mundial de Saúde, cerca de 70% das pessoas com mais de 60 anos vive em países em desenvolvimento, o que equivale a 400 milhões de pessoas, prevendo-se que chegue aos 840 milhões de 2025. (OMS, 2005:10)

De acordo com o Programa de ação do Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações (2012:4), Portugal apresenta um quadro de envelhecimento demográfico bastante acentuado, com uma população idosa (pessoas com 65 e mais anos) de 19,15%, uma população jovem (pessoas com 14 e menos anos) de 14,89%, e uma esperança média de vida à nascença de 79,2 anos. Estes valores devem-se essencialmente às reduções da taxa de natalidade e

ao aumento da longevidade, às alterações dos fluxos migratórios de, e, para Portugal, e ao acréscimo da esperança de vida.

**Ilustração 1** - Projeções da População de Jovens e idosos entre 2000 e 2050 em Portugal

População de jovens e de idosos 2000-2050 (segundo diferentes cenários, em percentagem), Portugal, 2000-2050



Fonte: INE (2003)

A população idosa vive cada vez tempo e com mais saúde, uma vez que os serviços de prestação de cuidados de saúde são melhores, retardando-se e curando-se cada vez mais doenças. Atualmente fala-se dos *velhos muito velhos* e da *quarta idade* para designar os indivíduos com 80 ou mais anos, representando uma parcela da população que regista na Europa o maior ritmo de crescimento (Xavier Cançado, citado por Costa, 1998:36).

Segundo as projeções da evolução demográfica portuguesa de 2000 a 2050, do Instituto Nacional de Estatística (INE) o envelhecimento da população agravar-se-á no futuro. Estas projeções apresentam vários cenários de evolução da população:

No *cenário base*, existe uma ligeira recuperação do índice Sintético de Fecundidade (de 1,56 crianças por mulher em, 2000 para 1,71 em 2050), um aumento da esperança média de vida à nascença (de 72,9 para 79,0 anos para os

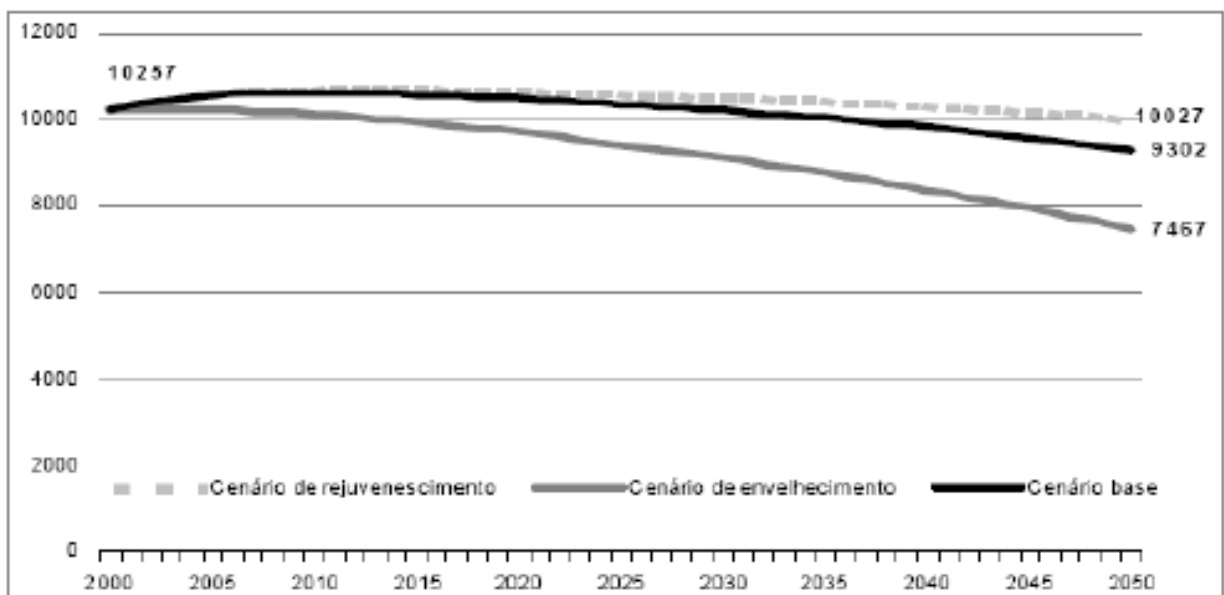
homens e de 79,9 para 84,7 anos para as mulheres), bem como saldos migratórios positivos (número de entradas superior ao número de saídas).

No *cenário de Envelhecimento*, existe um decréscimo do Índice Sintético de Fecundidade (1,26 crianças por mulher em 2050) associado ao aumento da esperança de vida e aos fluxos migratórios nulos.

No *cenário de rejuvenescimento* verifica-se uma recuperação mais acentuada do índice Sintético de Fecundidade do que a prevista no cenário base (1,99 crianças por mulher em 2050), com um aumento da esperança de vida menos significativo e com fluxos migratórios positivos ao longo do período de projeção.

Em qualquer um destes cenários, prevê-se uma diminuição da população residente em 2050. De acordo com o INE (2004), *até 2050 a população de todas as regiões, qualquer que seja o cenário escolhido, envelhecerá, podendo mesmo o Índice de Envelhecimento situar-se nos 398 idosos por cada 100 jovens, em 2050 no cenário mais pessimista, quase quadruplicando assim o valor deste indicador no decorrer dos 50 anos em projeção (...)* (INE, 2004).

**Ilustração 2** - Projeções da População em Portugal Segundo diferentes cenários



Fonte: INE, (2003)

Estas alterações demográficas têm provocado alterações muito profundas na nossa sociedade, tanto a nível económico como a nível social. Como observa o

Programa de Ação do Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações (2012):

*Estes ganhos em anos de vida produzem alterações na existência humana, presente e o futuro, e exigem novos comportamentos, estilos de vida, expectativas e valores obrigando a um questionamento sobre representações sociais estereotipadas e a ter em conta a explosão de singularidades, no âmbito do direito inclusivo. Não se olvida portanto, as pessoas idosas em situação de pobreza e, ou exclusão social. Se, por um lado, existem pessoas idosas autónomas, que participam ativamente na vida familiar, comunitária e social, por outro, há pessoas que estão condicionadas pelas situações de pobreza, incapacidade, doença e, ou isolamento (Programa de Ação do Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações, 2012:5).*

O crescente envelhecimento da população e o conseqüente aumento do peso social, financeiro e político da população idosa, obrigam a repensar os modelos de sustentabilidade social de cada país.

Autores como Oliveira (2007:13) e Moura (2006:42) explicitam que as causas do envelhecimento populacional passam pela redução drástica da natalidade, devido ao uso generalizado dos métodos contraceptivos, a várias condições sociopsíquicas adversas à natalidade (como é o exemplo da mulher trabalhar fora de casa) e a redução acentuada da taxa de mortalidade, devido aos avanços da medicina em diversos campos, como o da prevenção. Não é possível falar das causas sem falar das conseqüências que o envelhecimento generalizado acarreta. A nível social, as famílias começam por ter em suas casas um ou mais idosos, a convivência intergeracional aumenta por isso, assim como se incrementa a permanência de idosos em instituições. Ao nível da saúde, o aumento de idosos traduz-se na exigência de mais serviços de saúde, maiores gastos com a medicação e tratamento, assim como maior ocupação de camas hospitalares, aumento de transtornos mentais, entre outros. A nível económico, aumenta o número de pensionistas, diminuindo a receita fiscal do Estado (Oliveira, 2005:15-16; Moura, 2006:44).

As preocupações resultantes destes números advêm do facto de acrescerem os custos financeiros associados ao envelhecimento da população, principalmente

nos domínios da saúde e das pensões de reforma. Segundo Ester Vaz (2008:24) as situações de reforma dos indivíduos induz a um confronto que passa pela diminuição de rendimentos repercutindo-se no empobrecimento dos níveis de vida, com restrições económicas e sociais, agravados pelo aumento de despesas com a saúde. A autora acrescenta que:

*Os indivíduos reformados são olhados como alguém que usufrui de um salário sem a contrapartida da prestação de trabalho, isto é, beneficiam de um privilégio social. Significa portanto, o afastamento do circuito de produção e a possibilidade de direito a um repouso renumerado. (Vaz 2008:24)*

De acordo com a OMS, no que diz respeito à saúde, existe um incremento do número de doenças crónicas (cancro, depressão, problemas cardíacos) e o risco de incapacidade permanente (problemas de audição e visão), e acrescentando a isto aumentam os custos com os medicamentos e com os cuidados de saúde (OMS, 2005). Assim, a proporção de anos que se espera viver sem incapacidades vai diminuindo com o prolongamento da idade. No que respeita aos custos associados às pensões de reformas verifica-se uma relação direta entre estes e o aumento do número de pessoas com mais de 65 anos.

## **1.2. Envelhecimento e Velhice**

Os conceitos de envelhecimento e velhice estão associados, uma vez que ambos se relacionam com a condição temporal e com os seus efeitos no indivíduo, implicando a ocorrência de mudanças nas dimensões biológica, psicológica, social do indivíduo. O envelhecimento (processo), a velhice (fase de vida) constituem um conjunto onde os componentes estão intimamente ligados.

O envelhecimento como conceito, deriva do latim *veclus*, *vetulusm* (que significa velho) e do sufixo *mento* (ação), e portanto significará a “ação de envelhecer”. O processo de envelhecimento caracteriza-se então por ser um processo contínuo, irreversível e universal, e implica a ocorrência de varias

alterações no organismo que se repercutem nas dimensões biológica, psicológica, social do indivíduo.

São muitos os autores que se têm debruçado sobre a temática do envelhecimento. Birren e Conningham, (citados por Costa, 2002), explicam que o envelhecimento *é um processo segundo o qual o organismo biológico, tal como o corpo humano, existe no tempo e muda fisicamente. Deste processo resulta um aumento da vulnerabilidade e a probabilidade de morte* (Birren e Conningham, citados por Costa, 2002: 37).

Paillat (citado por Costa, 2002), por seu lado, refere que este *é um processo dinâmico, habitualmente lento e progressivo, mas individual e variável, o que pode justificar a tendência para denominar os idosos como grupo heterogéneo* (Paillat, citado por Costa, 2002).

Cancela (2007) acrescenta que *o envelhecimento não é um estado mas sim um processo de degradação progressiva e diferencial, afeta todos os seres vivos e o seu termo natural é a morte do organismo. É impossível datar o seu começo pois a sua velocidade e gravidade variam de indivíduo para indivíduo* (Cancela, 2007: 2). Deste modo vemos que cada pessoa não envelhece de igual forma, as pessoas envelhecem de formas diversas e por isso autores como Fonseca (2004:24) e Costa (1998) falam em diferentes tipos de idades como *a idade biológica, idade social e idade psicológica*, que são muito diferentes da idade cronológica.

A *idade biológica* está ligada ao envelhecimento orgânico. Os órgãos do nosso corpo sofrem modificações e diminuem o seu funcionamento durante a vida e a sua capacidade de autorregulação torna-se menos eficaz. Esta refere-se então ao funcionamento dos sistemas vitais do organismo humano e é importante para a consideração dos problemas de saúde que afetam os indivíduos.

A *idade social* refere-se ao papel, estatuto e hábitos da pessoa relativamente aos outros membros da sociedade. É determinada pela cultura e pela história. Ela é julgada com base em comportamentos, hábitos, estilos de relacionamento interpessoal, etc.

A *idade psicológica* relaciona-se com as competências comportamentais que a pessoa pode mobilizar em resposta às mudanças do ambiente; inclui inteligência, memória e motivação. Refere-se essencialmente às capacidades de natureza psicológica que as pessoas utilizam para se adaptarem às mudanças de natureza

ambiental, incluindo sentimentos, cognições, motivações, memória, inteligência e outras competências que sustentam o controlo pessoal e a autoestima.

A *idade cronológica* é mais simples de definição, é aquela que consta a partir da nossa certidão de nascimento e que não pode ser negada.

Assim podemos verificar que, independentemente da idade cronológica, as pessoas apresentam outras idades. A *idade social* é fundamental para se compreender os papéis sociais, tendo em conta que tomamos decisões de acordo com o que julgamos ser a nossa idade social. Muitos dos estereótipos que temos acerca da velhice derivam dos falsos pressupostos sobre a idade social, levando à utilização de rótulos como o exemplo “uma pessoa de idade” para justificar a impossibilidade de participar numa atividade com base na idade que se possui (Fonseca, 2006:25).

Quanto ao conceito de velhice, este não designa uma idade específica, mas a um processo evolutivo natural da vida do ser humano, incluindo o nascimento, o desenvolvimento e o término que culmina com a morte. Existe no entanto uma certa dificuldade na definição deste termo, na medida em que este se inscreve numa multiplicidade de visões irredutíveis entre si. Mas afinal quando se inicia a velhice?

Para Costa (1998), a velhice é vista como um aprisionamento, para outros é observada como um momento de conscientização desta etapa de vida e deve ser vivida com o mesmo amor e dedicação que as outras etapas em que eram mais jovens. Para outros ainda, é uma fase complexa, ora vista de maneira preconceituosa ora vista como uma conquista, um mérito por poder atingi-la e poder experienciar interesses. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (1963 citada por Costa, 1998), a terceira idade tem início aos 65 anos, assinalando quatro estados cronológicos do envelhecimento: Pessoas de meia-idade (de 45 a 59 anos); O idoso (de 60 a 74 anos); O velho (75 anos e acima); O muito velho (90 ou mais anos).

Alonso-Fernandez (citado por Costa, 1998) refere que *o envelhecimento se acha inscrito em todas as idades da vida, a partir já da etapa fetal* e classifica a velhice em três fases distintas: *Maturidade tardia* (dos 50 aos 65 anos); *Senectude* (dos 65 aos 80 anos); *Grande idade* (acima dos 80 anos).

Kaplan e Sadock (citado por Costa, 1998) dividem a idade adulta em três períodos: *a idade adulta jovem* (final da adolescência até aos 40 anos); *a meia-idade* (dos 40 aos 65 anos); *velhice* (a partir dos 65 anos).

Para explicar melhor a velhice como uma etapa de vida, Motta (2006) acrescenta que a velhice é um fenómeno biossocial que não existe singularmente e nem de modo tão evidente quanto se costuma enunciar, é a heterogeneidade que caracteriza o envelhecimento enquanto fenómeno social. O envelhecimento é um processo pessoal que todos devemos aprender a controlar para que o resultado final seja o melhor possível.

Papaléo Netto (2002) afirma que *o envelhecimento é conceituado como um processo dinâmico e progressivo, no qual há modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas que determinam perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos que terminam por levá-lo à morte*. Este autor acrescenta ainda que, *às manifestações somáticas da velhice, que é a última fase do ciclo da vida, as quais são caracterizadas por redução da capacidade funcional, calvície e redução da capacidade de trabalho e da resistência, entre outras, associam-se a perda dos papéis sociais, solidão e perdas psicológicas, motoras e afetivas* (Netto, 2002:10).

### **1.3. Aspectos biopsicossociais da velhice**

Crescer, ter uma boa carreira, adquirir boas experiências e conhecimentos, conhecer pessoas ao longo da vida é o que todos desejamos. Mas nem todos queremos envelhecer, e independentemente da vontade de cada um, chegará o dia em que já estaremos velhos. Envelhecer representa para muitos indivíduos o desgaste das suas capacidades fisiológicas, de maneira progressiva, discreta ou grave, implicando modificações somáticas, psicossociais, entre elas as mudanças ao nível da memória, intelecto, comportamento, personalidade, relações sociofamiliares, entre outras que podem terminar numa velhice patológica ou numa velhice saudável e bem-sucedida (Costa, 1998).

Mesmo sabendo que nem todos os idosos têm uma velhice patológica, o medo e o preconceito acerca desta etapa existe, acabando por dificultar a aceitação do envelhecimento como um processo natural da vida, e, para um maior entendimento destes aspectos biopsicossociais, falar-se-á deles separadamente.

Envelhecer pressupõe alterações físicas, psicológicas e sociais e tais alterações são naturais e graduais, podendo verificar-se em maior ou menor grau numa idade mais precoce ou mais avançada, de acordo com as características genéticas e com o modo de vida de cada indivíduo. Desta forma passo a citar as características mais marcantes do envelhecimento:

### Aspetos Biológicos

O envelhecimento biológico é entendido como a incapacidade progressiva do organismo, relacionado com a sua vulnerabilidade do organismo e com a gradual probabilidade de morte, existe uma perda de funcionalidade e de adaptação ou resistência face ao stresse em função da idade e da manutenção do processo homeostático (Nóvoa *et al.* 2001, citados por Cerqueira, 2010:22). Mas um indivíduo não envelhece biologicamente igual ao outro, envelhecemos por partes, ou seja, certos indivíduos podem apresentar ainda antes da terceira idade cabelos brancos, enquanto outros só os tem a partir dos 50, 55 anos.

De acordo com Zimerman (2000:20), as principais mudanças que ocorrem, fisicamente, quando se envelhece podem ser divididas em externas e internas. Entre as mudanças externas destacam-se *o enrugamento das bochechas; o surgimento de manchas escuras na pele; a diminuição da produção de células novas, a pele perde tónus e torna-se mais flácida; o surgimento de verrugas; os olhos ficam mais húmidos; o aumento da quantidade de pelos nas orelhas e no nariz; o arredondamento dos ombros; o enfraquecimento das veias e o seu destaque na pele; o encurvamento postural e a diminuição da estatura pelo desgaste das vértebras* (Zimerman, 2000:20).

Tabela 1 -Alterações Estruturais ligadas ao Envelhecimento

## ALTERAÇÕES ESTRUTURAIS

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

**Fonte:** Berger e Mailloux-Poirier (1995: 123-154)

Segundo o mesmo autor existem ainda as modificações internas, destacando-se:

*O endurecimento dos ossos; a atrofia dos órgãos internos, reduzindo o seu funcionamento; a perda de neurónios e atrofia no cérebro; o metabolismo torna-se mais lento; a digestão torna-se mais difícil; existe um aumento da insónia e da fadiga; a visão torna-se mais debilitada devido à falta de flexibilidade no cristalino e da perda de transparência; a degeneração das células responsáveis pelos sons do ouvido interno e pela estimulação dos nervos auditivos; o endurecimento e entupimento das artérias e a diminuição do olfato e do paladar (Zimerman, 2000: 21).*

**Tabela 2 - Alterações Funcionais ligadas ao Envelhecimento**

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

**Fonte:** Berger e Mailloux-Poirier (1995: 123-154)

Nesta fase da vida, o desgaste é inevitável. A velhice não é uma doença mas sim uma fase da vida em que o indivíduo fica mais suscetível ao aparecimento de doenças, adoce mais vezes e mais rápido sendo mais difícil a sua recuperação.

### Aspetos Psicológicos

Segundo Zimmerman (2000:25) além das alterações no corpo, existem também alterações de foro psicológico que podem resultar na *dificuldade de se adaptar a novos papéis; falta de motivação e dificuldade de planejar o futuro; necessidade de trabalhar as perdas orgânicas, afetivas e sociais; dificuldade de se adaptar a mudanças rápidas; alterações psíquicas; depressão, hipocondria, somatização, paranoia, suicídio; baixa autoestima e autoimagem* (Zimmerman, 2000:25).

Tabela 3 - Alterações Cognitivas ligadas ao Envelhecimento

<b>ALTERAÇÕES COGNITIVAS</b>	
<p><b>Alterações fisiológicas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. Atrofia cerebral e diminuição do peso do cérebro</li> <li>. Diminuição do número de neurónios</li> </ul> <p><b>Inteligência</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. Baixa de inteligência fluida</li> <li>. Manutenção ou melhoria da inteligência cristalizada</li> <li>. Baixa ligeira na grande velhice</li> <li>. Diminuição da capacidade de conceptualiza</li> <li>. Manutenção do vocabulário e do raciocínio verbal</li> <li>. Manutenção dos conhecimentos adquiridos</li> </ul> <p><b>Tempo de reacção</b></p> <p>Baixa da rapidez de reflexos e da execução dos gestos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. Aumento do tempo de reacção</li> </ul> <p><b>Aprendizagem</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. Assimilação mais lenta</li> <li>. Baixa da motivação e aumento da fadiga</li> <li>. Atenção excessiva aos estímulos não pertinentes</li> <li>. Manutenção das capacidades de aprendizagem</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Dificuldades acrescidas na organização, armazenamento e utilização de dados</li> <li>. Baixa da memória visual e auditiva a curto prazo</li> </ul> <p><b>Manutenção ou melhoria das aptidões verbais</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. Memória</li> <li>. Baixa da memória a curto prazo (imediate)</li> <li>. Manutenção da memória a longo prazo( fixação)</li> <li>. Dificuldade em utilizar as informações armazenadas e organiza-las</li> <li>. Baixa de memória visual e auditiva a curto prazo</li> </ul> <p><b>Resolução de problemas e criatividade</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. Dificuldade em utilizar novas estratégias</li> <li>. Pensamento mais concreto que abstracto</li> <li>. Maior prudência e rigidez</li> <li>. Discriminação mais difícil entre os dados pertinentes e não pertinentes</li> <li>. Maior redundância na colheita de informações</li> <li>. Tendência para manter velhos hábitos</li> <li>. Baixa da criatividade em certos domínios (ciências exactas)</li> </ul>

**Fonte:** Berger e Mailloux-Poirier (1995: 123-154).

A sociedade também está repleta de casos de homens e mulheres que não envelhecem psicologicamente, conservando quase todas as suas características psicológicas até morrerem. Os idosos que não vivem à sombra das perdas e dos objetivos que já não podem atingir por causa da sua idade, ainda têm desejos de realização pessoal.

Salgado (citado por Costa, 1998), cita um estudo realizado nos Estados Unidos por Petersen e Suzanne Reichards, onde são descritos cinco tipos de *características dos idosos*, nomeadamente:

*Construtivos:* os idosos bem integrados no campo pessoal, familiar e social, que tiveram uma vida estável e responsável sem sofrerem grandes tensões. São otimistas e aceitam a sua velhice sem conflitos, não lamentam nada do tiveram no passado e pretendem obter ainda mais realizações.

*Dependentes:* são passivos e vivem uma vida acima das suas possibilidades, são cautelosos e desconfiados, otimistas mas pouco realistas. A aposentadoria livra-os das responsabilidades e não sentem necessidade de fazer uma atividade posterior.

*Defensivos:* apresentam um comportamento fechado, são emocionalmente descontrolados e convencionais. Os seus empregos nunca foram uma fonte de prazer, mas sim apenas uma forma de ter um futuro promissor. São preconceituosos e tentam passar uma imagem de autossuficientes. São pessimistas quanto à velhice e invejam a juventude. Só param de trabalhar quando forem obrigados, evitando a aposentadoria de forma a evitar também o envelhecimento.

*Hostis:* são pouco ambiciosos e competentes e sentem-se como fracassados. O seu modo de pensar é rígido e inflexível, são agressivos, competitivos e preconceituosos, culpando os outros pelo seu insucesso na vida. Tem muito medo de envelhecer e culpam os mais jovens pelas suas posturas.

*Pessimistas:* são sempre vítimas das circunstâncias e vivem em constante conflito. São hostis consigo próprios e não se interessam pelos outros. Consideram que a velhice é uma etapa triste da vida mas não se revoltam contra ela, não tendo medo da morte pois é a única forma de se livrarem da sua vida insatisfatória.

No que diz respeito a natureza e intensidade das alterações que decorrem no processo de envelhecimento psicológico, estas estão também relacionadas com o tipo de vida mental do indivíduo, isto é, se este teve ao longo da vida um bom trabalho intelectual, as mudanças convertidas em perdas tendem a ser menores. Essas alterações verificam-se em varias dimensões cognitivas do indivíduo, nomeadamente na inteligência, criatividade, aprendizagem, memória, processamento da informação e sabedoria (Atchley & Barusch, 2004 *et al.*, citados por Cerqueira, 2010:24):

*Inteligência* – a inteligência tende a declinar com a idade, verificando-se uma tendência para uma grande quebra nas últimas semanas de vida do idoso, normalmente associada à presença de uma doença.

*Criatividade* – tal com a inteligência, a capacidade de resolver problemas de forma original e criativa também tende a diminuir com o avançar da idade. Mas os indivíduos que sempre foram criativos raramente deixam de o ser pois reforçam sempre esta capacidade.

*Aprendizagem* – há um declínio na capacidade de aprendizagem principalmente a partir da sétima década de vida, contudo não há pareceres conclusivos, pois existem outros fatores que interferem no desempenho desta

capacidade como é o caso da motivação, rapidez de execução, saúde física, saúde mental, hábitos antigos e personalidade.

*Memória* - tal como as acima referidas também a memória declina com o passar dos anos, devendo-se ao processamento da informação mais lento ao nível da codificação, retenção e recordação de conhecimentos. As possíveis causas podem estar na existência de problemas de saúde, dificuldades sensoriais (ouvir mal) ou de estados depressivos, assim como outros fatores como a avitaminose, a ingestão de álcool e a medicação tomada.

*Processamento da informação* – os idosos tendem a ter mais dificuldade em lidar com muita informação em simultâneo, isto é, manifestam maior dificuldade na atribuição de significado a vários estímulos e na recuperação dessa informação. Consta-se que o idoso apresenta mais lentidão na uma procura de palavras e na velocidade de pensamento, apresentando uma atenção mais seletiva.

*Sabedoria* – todos nós consideramos que todas as pessoas idosas são sábias, mas nem todas as pessoas idosas desenvolvem esta capacidade. No entanto, verifica-se que quem manifesta mais sabedoria tende a situar-se entre as faixas etárias da adultez e da velhice.

Assim como as características físicas, as psicológicas também estão relacionadas com a hereditariedade, com a história e com a atitude de cada indivíduo. As pessoas mais saudáveis e otimistas adaptam-se melhor às transformações da velhice e são mais propensas a verem a velhice como um tempo de maturidade, sentem também mais liberdade para assumir outras ocupações e novas responsabilidades (Zimerman, 2000).

### Aspetos sociais

A socialização é importantíssima para a terceira Idade pois é comum o idoso sentir-se à margem da sociedade, e esta dificuldade de se inserir em grupos leva a que este se feche e se isole socialmente, evitando possíveis conflitos relacionados com a diversidade de interesses e hábitos entre as gerações mais jovens.

Ainda de acordo com Zimerman (2000),

*o envelhecimento social traz modificações no status do idoso e também no seu relacionamento com os outros, uma vez que existe uma crise de identidade (provocada pela falta de um papel na*

*sociedade, levando à perda de autoestima); mudanças de papéis na família no trabalho e na sociedade; a entrada na aposentadoria pode ser difícil para alguns idosos, sendo que devem estar preparados para não acabarem isolados e deprimidos; as perdas (que podem ser perdas económicas, perdas de amigos e familiares, perda de autonomia e dependência, entre outras); e a diminuição de contactos sociais, que se tornam reduzidos por diversas razões (vida agitada, falta de tempo, circunstâncias financeiras, entre outras) (Zimmerman, 2000: 24).*

#### **1.4. Doença e Saúde no Envelhecimento**

A definição do conceito de saúde é complexa. Nas últimas décadas, este termo tem sido alvo de inúmeras abordagens e sendo este um assunto de interesse universal, é consensual que a saúde depende do percurso de vida de cada indivíduo, englobando todos os seus antecedentes socioculturais bem como a sua relação com o meio em que está inserido.

Segundo Berger e Mailloux – Poirier (1995:108) o termo *saúde* deriva do latim *sanus* que significa *são*. Para estes autores *definir saúde não é uma tarefa fácil, porque este conceito provém dos antecedentes, do meio sociocultural ou dos percursos de cada indivíduo*. Também de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) *saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não consiste apenas na ausência de doença ou enfermidade* (Berger e Mailloux – Poirier, 1995: 108).

O conceito de saúde modificou-se muito ao longo do tempo. Hoje em dia, estar com saúde não significa apenas não ter doenças, ser saudável significa também sentir-se bem, estar em forma. A saúde é um estado dinâmico, um processo que se desenrola ao longo da vida, um processo de adaptação, em permanente transformação e evolução. As noções que estão mais vinculadas ao conceito de saúde são a ausência de doença e incapacidade, ser capaz de trabalhar para assegurar a sobrevivência e segurança. Quando este conceito vem associado ao envelhecimento, torna-se mais árduo. É impossível ligar a saúde à

idade cronológica, a idade não representa a medida adequada para determinar o estado de saúde de um indivíduo.

A importância da variável saúde/doença no envelhecimento é tão importante que está na origem da distinção entre *envelhecimento normal ou primário* (que não implica a existência de uma doença), o *envelhecimento patológico ou secundário* (pressupõe a existência de uma doença, tornando-se a causa da morte) e o envelhecimento terciário (mudanças bruscas particularmente na velhice avançada) (Birren e Cunningham, 1985; Lachman e Baltes, 1994; citados por Fonseca, 2004).

A equação saúde = ausência de doença, constitui uma definição negativa fundamentada na abordagem mecanicista do racionalismo do século XVII, onde todo o fenómeno tem uma única causa (Berger, 1995:113). A doença pode abrandar ou interromper o processo de saúde, mas a sua ausência não permite senão avaliar a saúde real do indivíduo. Dizer que o envelhecimento e a doença são sinónimos é um grande erro pois se a velhice fosse uma doença então seria possível tratá-la e a doença não faz necessariamente parte da velhice. Por outro lado, é possível evitar a doença mas não é possível evitar o envelhecimento.

Catita (2008) enfatiza a ideia que:

*Nem a saúde, nem a doença são estáticas ou estacionárias. Na base de cada condição de saúde ou de doença está o fenómeno de alteração constante, estas condições são processos contínuos, batalhas por parte do Homem para manter um saldo positivo contra, como já referimos, as forças biológicas, físicas, mentais e sociais que tendem a alterar o seu equilíbrio de saúde. As potencialidades de sucesso do homem, na luta para a manutenção da saúde, manifestam-se através dos seus mecanismos de defesa, internos e externos, contra estímulos que produzem doenças, de grandes limites de segurança e de reservas orgânicas, bem como de processos fisiológicos de recuperação de que é capaz. (Catita, 2008: 59).*

Em média, é por volta dos 45 anos que o estado de saúde se começa a deteriorar, o peso dos anos se faz sentir, acompanhado por desequilíbrios ao nível da saúde resultantes do meio socioeconómico. Um indivíduo com 60 anos tem duas vezes mais problemas de saúde do que tinha aos 20 anos, predominando as

doenças crônicas (tumores, reumatismos, doenças cardiovasculares, artrites, entre outras). As alterações ligadas à idade não são sempre previsíveis e resultam não só do envelhecimento mas também da doença, do meio envolvente e das características pessoais do sujeito.

Segundo Fonseca (2004: 124) a diferenciação entre saúde e doença conduz a diferentes cenários no modo como encaramos o envelhecimento. No sentido mais otimista, tendo em conta os avanços feitos ao nível da medicina desde meados do século XX, foi possível desacelerar ou mesmo prevenir a incidência de muitas doenças crônicas, típicas do envelhecimento patológico, fazendo com que pelo menos até aos 75 anos a maioria das pessoas idosas sejam relativamente saudáveis. No sentido mais pessimista, existe uma grande possibilidade das pessoas contraírem doenças muito graves cuja incidência é maior na velhice (como são o exemplo do Alzheimer, Parkinson, demência, entre outras), que fazem diminuir a qualidade de vida a partir dessa idade de modo irreversível.

A preocupação com a saúde dos idosos torna-se maior quando pensamos não só em promover o envelhecimento normal mas também potencializar um envelhecimento ótimo, fundamentado numa base funcional, sinónimo de uma velhice saudável e bem-sucedida, existindo uma baixa probabilidade de doença e incapacidade. A ausência de saúde provoca sofrimento físico e psicológico e quebra o bem – estar. Fonseca (2004) acrescenta ainda que:

*A doença mobiliza as capacidades de coping dos indivíduos para a recuperação, focaliza toda a sua atividade e recursos nesse problema e pode, secundariamente, fazer com que haja diminuição do poder económico, perda de autonomia, alteração das atividades diárias e das relações sociais, desconforto generalizado e, por vezes, medo da morte (Fonseca, 2004: 126).*

Quando se fala em saúde no envelhecimento, surge a tendência para valorizar os aspetos negativos deste processo. Mesmo sendo a saúde um fator com bastante importância, também devemos dar relevo às relações que temos com os outros e com o meio que nos rodeia. A forma como usamos o nosso tempo e as nossas emoções, condiciona o bem-estar e a saúde psicológica, podendo incentivar a uma melhor aceitação das limitações e aspetos mais negativos que esta etapa acarreta.

## 1.5. Teorias do Envelhecimento

A velhice é um processo inevitável caracterizado por um conjunto complexo de fatores fisiológicos, psicológicos e sociais específicos em cada indivíduo, por isso, como foi já referido anteriormente, existem diferenças na forma como cada um envelhece. O envelhecimento é um fenómeno natural, mas quais são os processos responsáveis por este fenómeno multidimensional? Na tentativa de o explicar, surgiram ao longo dos tempos várias teorias biológicas, psicológicas e sociais que foram elaboradas, corrigidas, aceites ou até rejeitadas.

Estas teorias, propostas por autores como Berger e Mailloux-Poirier (1995:99) como também Cancela (2007:5) estão divididas em dois grandes grupos: as *Teorias Estocásticas* (defendem que o envelhecimento é uma consequência de lesões sucessivas que conduzem ao desgaste e à morte) e as *Teorias Deterministas* (defendem que o envelhecimento é uma consequência direta de um programa genético, sendo o genoma um tipo de relógio molecular, biológico).

Dentro das *teorias do envelhecimento biológico* estão a Teoria Imunitária; a Teoria Genética; a Teoria do Erro na Síntese Proteica; a Teoria do desgaste; a Teoria dos Radicais Livres e a Teoria neuro-endócrina (Berger, e Mailloux-Poirier, 1995:99).

A *Teoria Imunitária* considera que com a idade o sistema imunitário sofre transformações, deixando de reconhecer as suas próprias células, levando à sua destruição e deixando de identificar os organismos invasores. O envelhecimento resulta da formação de anticorpos que atacam as células sãs do organismo, havendo uma disfunção gradual do sistema imunitário que resultaria no envelhecimento. Num organismo em envelhecimento o sistema imunitário pode não reconhecer o que é específico de um organismo e as suas componentes normais e ataca certas partes do corpo como se tratando de invasores. Esta teoria não explica todos os fenómenos complexos do envelhecimento mas tem a vantagem de se compatível com a ideia de que existem relógios internos responsáveis por acionar o processo de envelhecimento.

A *Teoria Genética* considera o envelhecimento como um processo definido geneticamente, estando biologicamente programado e como consequência, a longevidade estaria relacionada com as características genéticas de cada um. Defende o envelhecimento seria programado biologicamente e faria parte de um contínuo, durante o desenvolvimento orgânico, seguindo rigorosamente a embriogénese, a puberdade e a maturação. O envelhecimento é uma consequência da deterioração da informação genética, necessária à formação das proteínas celulares.

A *Teoria do Erro na Síntese Proteica* explica que as alterações da molécula de ADN levam a erros na informação genética, impedindo a produção de proteínas essenciais à sua sobrevivência, logo o envelhecimento resultaria da morte celular. Aqui as alterações da molécula de ADN falseiam a informação genética levando à formação de proteínas incompetentes. No entanto a programação genética e as alterações ao nível da molécula de ADN não podem por si sós explicar o envelhecimento celular.

A *Teoria do Desgaste* defende que o envelhecimento se deve à deterioração pelo uso. Aqui o organismo humano é comparado com uma máquina, onde cada parte se deteriora com o uso. Este desgaste provoca anomalias, advindo daí paragens desse mecanismo. Mas a analogia homem-máquina não será uma boa comparação, porque ao contrário das máquinas os organismos vivos desenvolvem certos mecanismos capazes de autorreparação.

A *Teoria dos Radicais Livres* crê que o envelhecimento e a morte celular provêm dos efeitos nefastos causados pela formação dos radicais livres. Esta teoria não genética pertence às teorias estocásticas do envelhecimento e segundo estas, os fenómenos surgem ao acaso e têm um impacto nefasto sobre o organismo, de forma imprevisível, onde o efeito cumulativo destes fenómenos acaba por diminuir a vitalidade das células e dos tecidos, provocando uma decadência. Explicando de outra forma, a morte celular e o envelhecimento advêm da peroxidação dos lípidos, provocada pelos radicais livres.

A *Teoria Neuro-endócrina* fala-nos que o envelhecimento é causado pelo fracasso ou insuficiência do sistema endócrino no que se refere à coordenação das diferentes funções do corpo. A regulação do envelhecimento celular e fisiológico está ligada às mudanças das funções neuro-endócrinas. Assim, o envelhecimento

se deve a uma falha/insuficiência do sistema endócrino na coordenação das diferentes funções corporais (Berger e Mailloux-Poirier,1995).

Existem ainda as *teorias do envelhecimento psicossocial*, estando incluídas a *Teoria da Atividade*; a *Teoria da Desinserção* e a *Teoria da Continuidade* (Berger, e Mailloux-Poirier,1995:102).

A *Teoria da Atividade* refere que um idoso deve manter-se ativo a fim de obter na vida a maior satisfação possível, manter a sua autoestima e conservar a sua saúde. A velhice bem-sucedida implica a descoberta de novos papéis na vida e uma nova organização dos já desempenhados. Consequentemente a sociedade deve valorizar a idade e facilitar este processo. Segundo esta teoria o idoso deve manter-se ativo para obter da vida a maior satisfação possível, manter a autoestima e assim conservar a saúde.

A *Teoria da Desinserção* demonstra que o envelhecimento é acompanhado por uma desinserção recíproca do indivíduo e da sociedade, ou seja o indivíduo põe um fim gradual ao seu empenho e retira-se da sociedade que por sua vez esta lhe oferece muito menos do que anteriormente. Quando a desinserção é total o indivíduo atinge um novo equilíbrio, caracterizado pela modificação do seu sistema de valores e a perda das relações interpessoais e de papéis tornam-se situações normais. Defende que o envelhecimento é um processo de afastamento gradual entre o idoso e a sociedade, permitindo que os mais jovens ocupem os seus papéis de liderança.

A *Teoria da Continuidade* diz que o envelhecimento é uma parte integrante do ciclo da vida e não é um período final separado das outras fases. O idoso mantém a continuidade nos seus hábitos de vida, nas suas preferências, experiências e compromissos, fazendo estes parte da sua personalidade. Esta teoria realça a importância da individualidade de cada pessoa tendo em conta o seu trajeto de vida.

## Capítulo II – As Representações Sociais da Velhice

### 2.1. As Representações Sociais da Velhice na Sociedade Atual

O conceito de representação social tem vindo a ser um tema de estudo muito abordado por diversos autores ao longo das últimas décadas, sendo um conceito marcado por uma contínua evolução. A teoria das Representações Sociais foi inicialmente abordada por Émile Durkheim, e mais tarde pelo psicólogo francês Serge Moscovici em 1961, na obra intitulada: *La Psychanalyse, son image, son public*. Estes procuravam estudar e compreender os processos que levam os indivíduos a construir teorias sobre determinados objetos, tornando possível a comunicação e organização de comportamentos, como também entender o dinamismo da relação Sujeito – Meio Social, isto é, procurava perceber como o meio social interfere na elaboração de representações sociais do indivíduo e do grupo a que pertence.

Segundo Moscovici (1978), trata-se de:

Uma verdadeira teoria do senso comum, uma vez que se constitui a partir das experiências individuais, em função das informações e modelos de pensamento que são transmitidos aos sujeitos pela educação, pela tradição e pela comunicação. Por ser um conhecimento socialmente elaborado e partilhado, tem como função compreender e explicar as origens e as questões propostas pelos fatos e ideias que compõem o universo de vida dos indivíduos. Por ser um conhecimento prático, as teorias do senso comum são também chamadas de 'pensamento natural', por oposição ao 'pensamento científico (Moscovici, 1978: 82).

Jodelet (1997) afirma que a representação social *é uma forma de conhecimento socialmente elaborado e partilhada, tendo uma visão prática e que ocorre para a construção de uma realidade comum a um conjunto social, afirmando ainda que as estas formam sistemas e dão origem a teorias espontâneas, versões da realidade que incarnam em imagens cheias de significação* (Jodelet, 1997). Para

Jodelet (citada por Sêga, 2000: 129), a representação social tem cinco características fundamentais: a) é sempre representação de um objeto; b) tem sempre um caráter imagético e a propriedade de deixar intercambiáveis a sensação e a ideia, a percepção e o conceito; c) tem caráter simbólico e significativo; d) tem caráter construtivo; e) tem caráter autônomo e criativo.

As representações sociais surgem do processo de socialização, que interioriza categorias, juízos e hierarquia de valores num reconhecimento mútuo e consensual. É forma de conhecimento que se manifesta com elementos cognitivos (imagens, conceitos, categorias, teorias) e contribui para a construção de uma determinada realidade comum, isto é, reconhecida mutuamente. Esta aparece como uma maneira de interpretar e pensar a realidade quotidiana, é uma forma de conhecimento da atividade mental desenvolvida pelos indivíduos e pelos grupos, para fixar as suas posições em relativamente a várias situações, eventos, objetos e comunicações.

Além disso, as representações sociais são dinâmicas, produzem comportamentos e influenciam relacionamentos, englobando ações que se modificam umas às outras. São sistemas que possuem uma lógica própria, uma linguagem particular e uma estrutura que tem como base valores e conceitos. Não são simples opiniões acerca de algo ou apenas imagens de um objeto, são verdadeiras teorias construídas coletivamente, destinando-se à interpretação e à construção da realidade (Moscovici, 2004, citado por Júnior, 2006).

Para Franco (2004) (citado por Júnior, 2006) as representações são sempre construídas socialmente e ancoradas nas situações concretas, vivenciadas pelos indivíduos que as elaboram. Desta forma a interpretação da representação social deve ser feita através da compreensão das pessoas que a formulam como seres históricos, inseridos em uma realidade determinada, com expectativas diferenciadas e diferentes níveis de apreensão crítica da realidade.

Bauer (2002), citado por Sylvia Vergara (2007:5) entende que as representações sociais podem ser entendidas como um mecanismo de resistência cultural, capaz de auxiliar na construção e preservação da identidade de um grupo. Não quer dizer necessariamente que novos conceitos não possam ser absorvidos, mas que ocorrem mudanças de forma gradual. Novas ideias podem ser assimiladas às já existentes, deixando de constituir uma ameaça ao grupo.

O funcionamento das representações sociais pode ser compreendido através de dois processos essenciais à sua formação: a *Objetivação* e a *Ancoragem*.

A *objetivação* consiste num processo de simplificação e remodelação de diversos aspetos, que até determinada altura eram ignorados pelo grupo social, tornando-os práticos e uteis. Segundo Moscovici (2003) a objetivação *une a ideia de não familiaridade com a realidade, torna-se a verdadeira essência da realidade* (Moscovici, 2003: 71). Desta forma, a objetivação faz-se pela filtragem de informação disponível sobre um dado objeto de representação, havendo distorções, inversões, reduções e reagrupamento de dados ou avaliações, eliminações, retenções de atributos. Existe portanto uma descontextualização das informações sobre um determinado objeto, no sentido de tornar a mensagem mais comunicável e útil. Mas esta redução de dados não é equilibrada pois alguns elementos são esquecidos e outros são mais acentuados.

A *ancoragem* consiste no enraizamento de uma representação social num espaço social, passando a ser usada no meio quotidiano e exprimindo-se nas relações sociais. Para Neto (1998) *a ancoragem permite transformar o que é estranho em algo familiar e incorpora o que estranho mediante a inserção numa rede de categorias* (Neto, 1998: 459). Serve assim para dar sentido ao objeto apresentado aos sujeitos e estando ligada à objetivação, tem três funções fundamentais: a incorporação do estranho ou do novo; a interpretação da realidade; e a orientação de comportamentos. A ancoragem permite classificar e dar nome a alguma coisa, tendo o papel de a integrar na realidade, dando-lhe um sentido e integrando-a numa hierarquia de valores.

Como refere Moscovici (2003), *a ancoragem é um processo que transforma algo estranho e perturbador, que nos intriga, em nosso sistema particular de categorias e o compara com um paradigma de uma categoria que nós pensamos ser apropriada* (Moscovici, 2003: 61). Geralmente há resistência a algo que não somos capazes de avaliar, e de acordo com este autor a melhor forma de superar esta resistência é colocando o mesmo objeto estranho numa categoria, atribuindo-lhe um sentido.

De acordo com Vaz (2008)

A representação social da velhice constrói-se através dos valores simbólicos que acompanham o indivíduo na trajetória de vida, o que leva a dizer que cada indivíduo é o produto de um processo dinâmico de

socialização, que implica a interação das dimensões de vida humana, familiar, escolar e trabalho (Vaz, 2008).

O envelhecimento e a velhice manifestam-se com percepções diferentes entre indivíduos, mesmo que vivam em contextos socioeconómicos diferentes.

Assim, quando falamos nas representações sociais ligadas ao envelhecimento, a representação social é construída na cristalização de imagens físicas e sociais transpostas por um conhecimento empírico instruído por interesses da sociedade. No caso da velhice, ao atribuímos uma categoria ao idoso com base na sua idade estamos a atribuir-lhe um grupo de pertença e portanto estamos a criar um estereótipo.

Outrora, os idosos eram vistos como um grupo de saber acumulado, sobrevalorizado em relação a outros grupos etários e com forte poder de decisão. No decorrer das transformações da sociedade, passou-se a valorizar a produtividade, o novo, o elegante e o bonito, onde os idosos passaram a ser um grupo particularmente vulnerável à exclusão por parte dos mais jovens. Segundo Ramos (2005), citado por Catita (2008) os idosos *são confrontados com um conjunto de perdas (de saúde, de morte, de relações significativas, do papel profissional e de independência), e objeto de muitas atitudes preconceituosas e práticas discriminatórias, muitas políticas e práticas institucionais alimentando e reproduzindo crenças erradas, estereótipos e preconceitos em relação aos idosos e ao envelhecimento* (Ramos 2005:9, citado por Catita, 2008:52). Estas ideias preconcebidas sobre a velhice dizem respeito essencialmente às capacidades dos idosos, traduzindo a ideia de que mesmo não estando doentes, são incapazes de realizarem algumas tarefas que outrora faziam, tornando-se incapazes de aprender e de se desenvolver.

As ideias pré-concebidas sobre a velhice são duradouras e apoiam-se frequentemente em generalizações discriminatórias. O primeiro obstáculo que confrontamos esta relacionado com o facto de acharmos que os idosos são um grupo de pessoas homogéneas tendo todas as mesmas necessidades, mas tal como a sociedade, estes dividem-se em grupos distintos, com características próprias.

A idade de 65 anos é normalizada como um tempo de descanso em que os idosos são encarados como objeto de necessidades, são constituídos como um fardo que os ativos têm de suportar. Ter uma profissão assume um valor muito

importante na vida do indivíduo e a ausência dela põe em causa a ideia de igual dignidade entre todos. Reformados e desempregados expressam sentimentos de humilhação ligada à ausência de trabalho, pela perda de posição económica e das relações sociais e pela privação da dignidade conquistada através da identidade do trabalho. Surge assim um envelhecimento profissional associado ao critério de produtividade induzindo a discriminação dos mais velhos pelos mais novos.

## 2.2. Mitos e Estereótipos acerca da Velhice

Na nossa sociedade, os idosos são muitas vezes vítimas de discriminação e de estereótipos que contribuem para o isolamento. Segundo Beauvoir (1970):

*A imagem sublimada que fazemos deles é a do sábio, aureolado de cabelos brancos, rico em experiência e venerável, que domina do alto a condição humana; se se afastam desta imagem, caem por terra: a imagem oposta à primeira é a do velho louco que não raciocina e que divaga e de quem os filhos se riem. De uma maneira ou de outra, pelas suas virtudes ou pelos seus objetivos, situam-se fora da humanidade (Beauvoir, 1970: 13).*

Para Castro (1999), um estereótipo é uma imagem mental muito simplificada de alguma categoria de pessoas, instituições ou acontecimentos que é partilhada por um grande número de pessoas. Por outras palavras o estereótipo é uma opinião feita, uma generalização e simplificação de crenças acerca de um grupo que pode ser positiva ou não.

Os estereótipos facilitam a previsão de determinados comportamentos do indivíduo que sendo estranhos ou não, definem os traços de um estereótipo, tendo por base o primeiro conhecimento adquirido. A valorização dos estereótipos projeta sobre a velhice uma representação social gerontofóbica (medo de envelhecer e lidar com a velhice) e por isso mesmo contribui para uma imagem negativa dos idosos sobre si mesmos, levando-os muitas vezes à negação da velhice. Este tipo de discriminação influencia a perceção que o idoso tem de si próprio, sendo extremamente fazer com que este se valorize novamente.

Os estereótipos concebem a ideia de que esta fase é meramente assinalada pelo declínio absoluto e progressivo, onde as enfermidades dos idosos são conotadas como naturais e próprias da idade, ignorando as implicações sociais. De acordo com Oliveira, (2005), *o envelhecimento é pintado por cores sombrias, quer pelos mais novos, quer pelos próprios idosos. Estes estereótipos sobre a velhice marcam sobretudo as sociedades ocidentais e desenvolvidas havendo a percepção que a sociedade africana e oriental estima mais os seus idosos. Mas nestas nações a proporção de idosos é menor e constituem uma memória viva* (Oliveira, 2005: 25).

Conforme Fernandes (1997) (citado por Moura, 2006) (...) *as pessoas idosas enquanto estereótipo socialmente produzido e facilmente reconhecível, enquadram na categoria de indivíduos, cujas propriedades, relativamente homogêneas, são normalmente identificadas com isolamento, solidão, doença, pobreza e mesmo exclusão social* (...) (Fernandes, 1997, citado por Moura, 2006: 49). Domina a visão de que o idoso é alguém inútil, isolado, em declínio biológico e mental, marcado por um tempo linear, com necessidade de cuidados de saúde, e na maioria das vezes dependente física e economicamente.

As atitudes negativas face aos idosos não são os únicos perigos que os ameaçam pois os mitos e estereótipos sobre a velhice causam-lhes muitas dificuldades. Estudos efetuados por Ebersole e Hess (1985) citados por Berger, e Mailloux-Poirie (1995:67) permitiram identificar cerca de sete mitos associados à velhice: 1- *Os idosos são na sua maioria senis e doentes*; 2- *A maioria dos idosos é infeliz*; 3- *Os idosos não são produtivos*; 4- *A maior parte dos idosos está doente e precisa de ajuda nas suas atividades diárias*; 5- *Os idosos mantêm os seus hábitos de vida, são conservadores e incapazes de mudar*; 6- *Os idosos são todos iguais*; 7- *A maioria dos idosos isola-se e sente-se só*.

Estes mitos estão muitas vezes associados ao desconhecimento do processo de envelhecimento, sendo que a velhice é frequentemente ligada à doença, ao aborrecimento, ao egoísmo, à impotência sexual, às rugas e aos cabelos grisalhos. Só as rugas e os cabelos brancos é que são característicos do processo de envelhecimento sendo que as outras características estão presentes em todas as idades e não apenas na velhice.

Os exemplos destes estereótipos podem ser: *Os idosos temem o futuro; Gostam de jogar às cartas; Gostam de conversar e de contar as suas histórias várias vezes; Gostam de depender dos filhos; São pessoas doentes e tomam*

*demasiados medicamentos; Fazem raciocínios senis; São muito religiosos e rezam muito; São muito inseguros e sensíveis* (Berger e Mailloux-Poirier,1995:67).

Assim pode-se constatar que as atitudes dos outros face à velhice são particularmente negativas e em parte são responsáveis pela imagem que estes têm de si próprios. A velhice é percebida como algo incurável, e que todas as intervenções feitas para o prevenir são dadas como um fracasso. No entanto o envelhecimento é um processo normal que faz parte da vida de qualquer ser humano e o desconhecimento deste processo leva às falsas imagens, que ao serem transmitidas acabam por isolar os idosos.

Uma das representações que se tem dos idosos é que estes gastam e não produzem, mas se estes também não produzem é porque não lhes damos essa oportunidade. Poderíamos aproveitar estes idosos reformados para realizarem tarefas onde sentissem mais competentes, como é o exemplo da animação em jardim-de-infância, trabalhos de artesanato, atividades culturais e formativas, atividades mais ou menos voluntárias ou renumeradas que nos podem ser muito úteis.

### **2.3. A velhice vista pelo Idoso**

Várias pesquisas indicam que a maioria das pessoas sabem muito pouco acerca da velhice e por isso a maioria das percepções que têm sobre ela são erradas, negativas (Ron, 2007 citado por Ana Keong, 2010:27).

Os idosos são extremamente sensíveis às opiniões dos outros e mesmo que alguns deles aceitem a sua velhice tal como ela é, muitos deles conformam-se com as etiquetas que a sociedade lhes dá, identificando-se com a imagem degradante. Por vezes estes mitos e preconceitos estão tão enraizados que se tornam como uma realidade para os próprios idosos.

Nem todas as pessoas vêem a velhice apenas como uma fase particularmente negativa, o processo de envelhecimento está sim ligado a aspetos mais negativos como a deterioração física, mental, social e económica, contudo, contrariamente ao que se espera, também existem pessoas que vêem esta fase como uma experiência positiva, onde as suas percepções de envelhecimento geralmente são positivas,

associando a velhice à sabedoria, lazer, experiência de vida, entre outros aspectos positivos. É sabido que grande parte dos indivíduos da sociedade ocidental, são confrontados com estereótipos negativos acerca do processo de envelhecimento desde a sua infância, prolongando-se durante toda a sua vida (Demakakos *et al.* 2006). O idoso é detentor de conhecimento, experiência de vida e tem condições para participar em atividades no mercado de trabalho, contribuindo com os seus conhecimentos acumulados ao longo do tempo. Desta forma o idoso também pode ser produtivo para a sociedade dando o seu contributo.

Levy (citado por Laidlaw *et al.*, 2009) referiu que, *quando o indivíduo chega à velhice, os estereótipos que foram introduzidos durante a infância e que se prolongaram ao longo da sua vida, tornam-se como uma realidade para o idoso* (Levy, 2009, citado por Laidlaw *et al.*, 2009), ou seja, estes estereótipos influenciam a visão que o idoso tem sobre o seu próprio envelhecimento, o estado de saúde, a vontade de viver, e até pode afetar o seu funcionamento cognitivo e físico. Mas apesar da sociedade estar exposta a estes estereótipos negativos, alguns idosos desenvolvem vêem a sua velhice como algo bom e positivo.

Mas por vezes, estes estereótipos negativos podem surtir efeitos benéficos no idoso, por exemplo, ao comparando-se com eles ou repudiando-os totalmente, melhoram a sua autoimagem e vêem-se de forma mais positiva, pois os idosos que consideram a velhice como um processo natural são mais felizes e otimistas, e envolvem-se mais na sociedade. Estes reconhecem em si aspectos positivos como o sistema de valores estável, sensatez, juízo crítico, entre outros e encontram na sua velhice certas vantagens como a diminuição de responsabilidades e do trabalho, ausência de competição, abertura de espírito, enfim, utilizam as suas experiências e os seus conhecimentos para partilha com os outros (Berger *et al.*, 1995).

No processo de envelhecimento ocorrem profundas mudanças físicas, psíquicas e sociais, e a maneira como o idoso se sente está numa estreita relação com a sua idade funcional nestas três dimensões. Se as condições de adaptação às mudanças que ocorrem na vida da pessoa forem satisfatórias, menos esta se sente idosa. Quando os adultos mais velhos vêem que existe um declínio do seu funcionamento físico e cognitivo, atribuem a estas mudanças sentimentos negativos, podendo resultar numa perceção negativa acerca do envelhecimento. Isto verifica-se quando o sujeito faz comparações temporais entre a sua condição atual e a sua condição em fases mais jovens.

Berger *et al.* (1995) ressaltam a ideia de que a passagem da condição de cuidador para a condição de cuidado, pode ser muito dolorosa para o indivíduo e pode gerar resistência em aceitar a sua atual condição. Parte da auto-desvalorização do idoso pode ter sido gerada pelos estereótipos negativos que a sociedade em que vive formou. Neri (1991) salienta que *os jovens veem o idoso como doentio, dependente, rejeitado, desvalorizado, exigente e intrometido, isto é, viceja entre os jovens um conjunto de crenças e opiniões negativas em relação à velhice, sendo o envelhecimento considerado um problema a ser evitado* (Neri, 1991).

Cameron (citado por Keong, 2010:32) descobriu que, à medida que os anos passam, os idosos reportam o seu passado como sendo mais positivo, e o presente e futuro, como menos positivos. A comparação realizada pelos idosos entre a sua própria situação e a situação de outros idosos, pode atuar como um indicador de depressão e insatisfação, acompanhando a perda de papéis através do processo de envelhecimento. De acordo com Palmor (1990), citado por Keong (2010:32)) a negação da idade avançada constitui uma tentativa dos membros de uma minoria rotulada tornarem-se parte dessa maioria. A tentativa das pessoas idosas de se apresentarem como pertencentes a um grupo de meia-idade torna-se uma estratégia para poder “encolher” a categoria dos idosos.

O sentimento de pertença a um grupo pode garantir ao idoso o sentimento de ser útil e afasta os pensamentos negativos acerca de si, isto é o convívio social com aqueles que o aceitam tem uma forte influência na sua autoimagem, pode reverter os resultados negativos da velhice, viuvez, limitações físicas, entre outras. A imagem que os idosos têm de si mesmos pode ser influenciada pela percepção que a sociedade tem acerca da velhice, a crença de que a velhice tem mais perdas do que ganhos. Disto ocorre a depreciação dos idosos acerca da sua condição e consequentemente a desvalorização desta fase para a sociedade.

## **2.4. Atitudes em relação à velhice**

As atitudes perante o processo de envelhecimento desenvolvem-se desde muito cedo e são influenciadas por múltiplos fatores, como a educação, meios de

comunicação social, idade, entre outros. Segundo Berger (1995:66), as crianças, os jovens adultos e as pessoas mais instruídas demonstram atitudes mais positivas em relação à velhice, no entanto existem alguns elementos que podem influenciar as atitudes relativamente aos idosos, nomeadamente tais como a perda de aparência física; a proximidade com a morte; o aumento da dependência; o comportamento mais lento, as imagens negativas ou positivas transmitidas pelos meios de comunicação social. Todos os membros da sociedade são influenciados por estes elementos, mas nem todos desenvolvem o mesmo tipo de atitudes perante o envelhecimento. Estas atitudes passam pela visão realista do envelhecimento ou pela visão que nega o envelhecimento por completo; ansiedade perante o envelhecimento; distância social relativamente aos mais velhos; aumento do sentido de responsabilidade perante os idosos; presença de estereótipos e preconceitos relativos à velhice (Berger, 1995:66).

Entre as atitudes negativas encontra-se a Gerontofobia, o Idadismo e a Infantilização que passarei a explicar.

a) Gerontofobia

A Gerontofobia é reconhecida como o medo irracional de tudo o que se relaciona com o envelhecimento e parece ser um fenómeno social generalizado. Esta atitude negativa leva a um bloqueio afetivo, provocando o desdenho e a resistência face ao envelhecimento, manifestando-se com comportamentos desfavoráveis como a recusa, a apatia e a indiferença. Segundo Clark (1967), citado por Berger (1995) por, o contexto social é o grande responsável pela gerontofobia isto porque:

*A forma como a sociedade antecipa e influencia o comportamento dos seus membros idosos reflete os sistemas de valores que diferem de cultura para cultura. A cultura ocidental tem em relação aos idosos uma atitude negativa; os jovens desprezam-nos facilmente e estas atitudes estão tão profundamente enraizadas que o indivíduo que envelhece mantém, em relação a si próprio, esta atitude negativa (Clark, 1967, citado por Berger, 1995: 66).*

Bunzel (1972) citado por Fonseca (2004) designou a Gerontofobia como *uma atitude que resultará de circunstâncias relativas à história pessoal, da tentativa de negação do próprio envelhecimento, ou até mesmo da acção da comunicação social* (Bunzel, 1972, citado por Fonseca, 2004: 30). São cada vez mais as pessoas que não querem nem desejam envelhecer, visto que a ideia de envelhecimento está carregada de imagens e representações (doença, inatividade, depressão, incapacidade, ...) que podem não corresponder à realidade e são totalmente contrárias à sociedade “jovem”.

#### b) Idadísmo

Este termo é apresentado por Butler em 1975 para caracterizar a discriminação que os jovens fazem dos mais velhos. Por outras palavras, o idadísmo é caracterizado por todos os estereótipos, preconceitos e discriminações com base na idade, neste caso especificamente face às pessoas idosas, atitude que persiste e que influencia o modo como olhamos as pessoas idosas e como nos comportamos face a elas.

Cavanaugh (1997) citado por Fonseca (2004), refere que *muitos mitos acerca dos idosos continuam a sobreviver, os quais são frequentemente tomados como incompetentes, decrépitos e assexuados. Estes mitos acerca do envelhecimento conduziram à formação de estereótipos negativos das pessoas idosas, podendo resultar em idadismo, uma forma de discriminação das pessoas baseada simplesmente na idade que apresentam* (Cavanaugh, 1997, citado por Fonseca, 2004: 28).

Uma das consequências mais graves do idadísmo consiste no facto de este suscitar uma atitude negativa face aos mais velhos que afeta o comportamento dos mais jovens, fazendo com que os próprios idosos olhem para si de forma também negativa.

#### c) Infantilização

Esta atitude é discriminatória, sobretudo quando os idosos perdem a sua autonomia e a sua independência. Um dos preconceitos que é muito falado consiste na ideia de que a velhice corresponde a uma “segunda infância”, quando se verifica um aumento da dependência e perda de autonomia, conduzindo a uma inevitável redução do seu estatuto social.

## Capítulo III – Metodologia de Investigação

Neste capítulo expomos os objetivos gerais e específicos do estudo, descrevendo a metodologia utilizada na prossecução dos mesmos, nomeadamente a composição da amostra e a sua dimensão, bem como as etapas fundamentais da construção e desenvolvimento do instrumento de recolha de dados.

### 3.1. Objetivos gerais e específicos

Esta pesquisa tem por finalidade conhecer as representações sociais (imagens, mitos, estereótipos, preconceitos) da velhice e do envelhecimento, numa amostra representativa da população da freguesia de Basto - Concelho de Cabeceiras de Basto. Neste sentido foi definido o objetivo geral, organizado por diversos objetivos específicos.

O objetivo geral consiste em conhecer as representações sociais sobre a velhice existentes na freguesia Basto, pertencente ao Concelho de Cabeceiras de Basto

Os objetivos específicos assentam no estudo das representações sociais sobre a velhice em termos de género, de idade, e de Habilitações Literárias. São também objetivos específicos deste estudo a análise dos estereótipos mais frequentes, relativamente aos idosos, bem como saber que características tipificam o “ser velho”, analisar o impacto dos estereótipos na vida dos idosos e perceber os estilos de vida dos idosos e como se prepara a velhice.

Dada a questão de partida, esta investigação enquadra-se no estudo de caso e o método utilizado cruzou dados quantitativos com qualitativos. Esta perspectiva insere-se na ótica de Hermano Carmo, para quem *o investigador não é obrigado a optar pelo emprego exclusivo de métodos quantitativos ou qualitativos e se a investigação o exigir, poderá combinar a sua utilização* (Carmo 1998:183).

Segundo Hermano Carmo (1998)

*A utilização de métodos quantitativos está essencialmente ligada à investigação experimental ou quasi-experimental o que pressupõe a observação de fenómenos, a formulação de hipóteses explicativas desses mesmos fenómenos, o controlo de variáveis, a seleção aleatória dos sujeitos de investigação, a verificação ou rejeição das hipóteses mediante uma recolha rigorosa de dados, posteriormente sujeitos a uma análise estatística e uma utilização de modelos matemáticos para testar essas mesmas hipóteses (Carmo 1998: 178).*

A técnica usada para a investigação foi a utilização do inquérito por questionário semiaberto, enriquecido, portanto, com dados qualitativos. Tal como a entrevista, o questionário deve ser cuidadosamente preparado. Pode-se afirmar, que as questões eram de índole semiaberta, podendo os entrevistados emitir as suas opiniões. Cruzou-se, portanto, o inquérito por questionário, com a entrevista.

Uma das grandes limitações do Inquérito por questionário é a elevada taxa de não-respostas. Segundo Hermano Carmo (1998: 139), vários autores fazem referência aos fatores que condicionam o nível de devolução dos questionários, nomeadamente, a natureza da pesquisa (se a natureza da pesquisa for evidente para o inquirido então a taxa de respostas tende a aumentar); o tipo de inquirido (se estes possuírem maior nível de habilitações literárias também responderão com maior frequência, ao contrário das pessoas com menos nível de instrução que tendem a responder menos); o sistema de perguntas (quanto mais claras e objetivas forem as perguntas maior será a taxa de respostas); instruções claras e acessíveis (pois instruções demasiado complicadas e longas constituem um excelente dissuasor de colaboração). A utilização deste tipo de instrumento trás algumas vantagens como a sistematização, maior simplicidade de análise, maior rapidez na recolha e análise de dados, para além de também ser mais barato, mas também existe a desvantagem de poder existir uma elevada percentagem de não respostas, trazendo algumas limitações para o estudo.

Por outro lado, a entrevista permite enriquecer qualitativamente os dados obtidos pelo questionário.

### 3.2. Amostra

A investigação foi feita na freguesia de Basto, Concelho de Cabeceiras de Basto, um município situado no distrito de Braga com 16 710 habitantes, subdividido por 17 Freguesias (Abadim, Alvite, Arco de Baúlhe, Basto, Bucos, S. Nicolau, Cavez, Faia, Gondiaães, Outeiro, Painzela, Passos, Pedraça, Refojos de Basto, Rio Douro, Vila Nune e Vilar de Cunhas.

A freguesia de Basto foi escolhida para a seleção da amostra, possuindo uma população de 930 habitantes. De acordo com Hermano Carmo (1998:196), se a população incluída na investigação for relativamente pequena, poderá ser necessário uma amostra de pelo menos 20%. No caso de universos populacionais maiores bastará uma amostra de 10%. Só desta forma a dimensão da amostra será representativa da população, num estudo descritivo. Assim, selecionou-se uma amostra representativa de 20% da população a estudar, ou seja 186 habitantes.

O tipo de amostra escolhida, foi a amostragem aleatória simples, incluída na categoria das amostragens probabilísticas. Segundo Carmo (1998) *as amostragens probabilísticas implicam que a seleção dos elementos que vão fazer parte da amostra seja feita aleatoriamente. (...) com o objetivo de poder generalizar à totalidade da população os resultados obtidos com o estudo dos elementos constituintes da amostra, devendo assim ser estes representativos dessa população. Segundo o mesmo autor, na amostragem aleatória simples, cada elemento da população tem igual probabilidade de ser selecionado* (Carmo, 1998: 192).

### 3.3. Instrumento de recolha de dados

Como foi referido anteriormente, o instrumento de recolha de dados utilizado para a investigação foi o inquérito por questionário, enriquecido por dados qualitativos. Este debruçava-se sobre as imagens e estereótipos da velhice, constituído por questões abertas e fechadas. Existem vantagens e desvantagens associadas à utilização de questões abertas no inquérito por questionário. Dentro

das vantagens, pode-se afirmar que as questões abertas veiculam alguma originalidade, possibilitam a variedade de respostas e facilitam a recolha de informação mais diversificada. Por outro lado, este tipo de questões potencia dificuldades em organizar e categorizar as respostas; requerem mais tempo de análise; e os inquiridos com menor escolaridade podem manifestar alguma dificuldade em responder.

Este questionário foi elaborado pelo investigador, tendo por base os modelos de questionário utilizados por Cerqueira (2010). O questionário está dividido em três grupos: o primeiro grupo diz respeito aos dados pessoais de cada inquirido, o segundo grupo tenta dar resposta aos mitos, estereótipos e imagens associados à velhice e o terceiro grupo diz respeito à forma como os inquiridos preparam a sua velhice.

A distribuição dos questionários não foi feita aleatoriamente à população residente na freguesia de Basto, pertencente ao Concelho de Cabeceiras de Basto. Percorrendo cafés, restaurantes e residências da região, o entrevistador administrou os questionários a 186 habitantes (62 questionários para cada faixa etária), de modo a que todos os grupos etários tivessem o mesmo número de questionários.

Numa primeira fase, foi explicado muito genericamente a cada participante, o objetivo do estudo, a garantia da confidencialidade das respostas bem como as instruções de preenchimento do questionário. Quando os sujeitos demonstravam capacidade para responder autonomamente ao questionário, era-lhes entregue um exemplar, podendo responder no momento ou então no local de residência, de acordo com a disponibilidade de cada um, sendo depois acordada a data e o local de devolução do questionário. Salientou-se que, caso houvesse dúvidas no seu preenchimento, o participante poderia deixar a resposta em branco e esclarecer a dúvida no ato de entrega. Quando existiam motivos que impediam o preenchimento do mesmo (ser analfabeto, ter problemas de visão, dificuldades de compreensão, entre outros), a aplicação dos questionários era realizada pelo investigador que lia os itens e as possibilidades de resposta, marcando, ele próprio, na folha de resposta, a resposta dada pelo participante.

## Capítulo IV - Apresentação e discussão dos resultados

### 4.1 - O processo de envelhecimento: percepções de gênero

A primeira análise consistiu no estudo da relação entre o gênero e as percepções dos inquiridos relativamente ao processo de envelhecimento. Debert (1998), citada por Areosa (2000:3) afirma a existência de diferenças de gênero, sobre o que a reforma representa na vida dos homens e mulheres. Predomina a ideia de que o homem possui uma maior dificuldade na adaptação a esta etapa. Segundo o autor, isto sucede porque os homens estabelecem as suas relações sociais mais significativas no local de trabalho, ao longo da sua vida. Têm, por isso, mais dificuldade em adaptar-se às mudanças que a entrada na reforma implica, ou seja, passar mais tempo em casa, assumir novos papéis sociais. Por sua vez as mulheres desempenham outros papéis sociais, mas com grande predomínio da função doméstica. Por esse motivo, não teriam tanta dificuldade em se adaptar a este período.

*Ao homem velho se dá maior atenção, na medida em que se percebe a aposentadoria como uma mudança radical da vida – uma passagem de um mundo amplo e público para um mundo doméstico e restrito. Na mulher, a velhice não traz essa carga de mudança abrupta. A mulher na velhice está no último estágio de um continuum sempre ligado à esfera doméstica (...)*  
(Barros, 2006b: 114, citado por Maia, 2010:37).

Mattos *et al.* (citado por Areosa, 2000:4), na sua pesquisa relacionada com as representações sociais sobre a velhice em idosos de ambos os sexos, constata que as mulheres consideram que os homens têm mais dificuldade em aceitar a velhice, mostrando-se mais desleixados e inativos.

Por sua vez, Areosa (2000:7) verifica que os homens têm a opinião de que quando as mulheres entram na reforma, mostram-se muito mais ativas. Tentam realizar mais atividades sociais que antes não exerciam, enquanto os homens permanecem mais em casa.

Relativamente ao nosso estudo, verificámos que 51% dos participantes são do sexo feminino e 49% são do sexo masculino (tabela 4). Quanto à representação social da velhice, a maioria tem uma visão positiva acerca da mesma, salientando, no entanto, que esta também pode ser uma fase muito difícil para os idosos.

**Tabela 4 - Distribuição da amostra por Género**

<b>Género</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem</b>
Masculino	91	49%
Feminino	95	51%
<b>Total</b>	<b>186</b>	<b>100%</b>

**Fonte:** autor

Como nos referiu um dos entrevistados do sexo masculino, a velhice *é uma das fases da nossa vida que tem de ser vivida e aproveitada da melhor forma, respeitando o ciclo da vida.* (Homem, 65 anos). Por seu lado, foi também referido que a ancianidade *é a mais uma bela etapa de vida* (Mulher, 67 anos). Ou ainda, a mesma significa que já vivemos muito, *ser idoso é ser culto e sábio* (Homem, 70 anos). Não constatámos diferenças significativas entre homens e mulheres no que concerne às representações sobre a velhice. De facto, as respostas abertas permitiram, como afirmado anteriormente, constatar que a visão sobre a velhice na freguesia de Basto recolhe perspetivas positivas em indivíduos de ambos os sexos.

## **4.2 – Classe etária e percepções acerca do envelhecimento**

No que diz respeito à relação entre classe etária e percepções acerca da ancianidade, não constatámos diferenças de opinião relativamente às consequências inerentes ao processo de envelhecimento, como veremos seguidamente. Contudo, são vários os investigadores, tais como Lins de Barros (2003) citado por Pereira (2006:87) que referem que a velhice também pode ser vista como estigma. Não está necessariamente ligada à idade cronológica, mas a valores e conceitos depreciativos como a doença, a perda, a solidão, a inatividade, a tristeza, entre outros (Barros, 2003 in Pereira 2006:87).

No que se refere à distribuição dos participantes por idades, pode-se constatar que na sua maioria são pertencentes à classe etária situada entre os 15 e os 20 anos, correspondendo a 30% da amostra. Por outro lado, 13% pertencem à classe etária entre 65 e 70 anos e 11% situam-se entre os 60 e os 65 anos (Tabela 5).

**Tabela 5 - Distribuição da Amostra por Classes Etárias**

<b>Classes Etárias</b>	<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem</b>
[10; 15]	6	3%
<b>[15;20]</b>	<b>56</b>	<b>30%</b>
[20;25]	3	2%
[25;30]	6	3%
[30;35]	7	4%
[35;40]	9	5%
[40;45]	8	5%
[45;50]	15	8%
[50;55]	10	5%
[55;60]	4	2%
<b>[60;65]</b>	<b>21</b>	<b>11%</b>
<b>[65;70]</b>	<b>24</b>	<b>13%</b>
[70;75]	7	4%
[75;80]	2	1%
[80;85]	8	4%
<b>Total</b>	<b>186</b>	<b>100%</b>

**Fonte:** autor

Na nossa investigação constata-se que, tal como Berger (1995) refere as *crianças, os adolescentes e os jovens adultos demonstram atitudes mais positivas em relação à velhice* (Berger, 1995:65), constatando-se que o mesmo acontece no nosso estudo quanto aos jovens, adultos e Idosos que mostram uma atitude positiva em relação a esta fase.

Lehr (1980), citado por Carlos Magalhães *et al.* (2010) afirma que *é entre o grupo dos jovens que se verificam os estereótipos mais negativos acerca da velhice* (Lehr, 1980, citado por Carlos Magalhães *et al.*, 2010:8). Existe portanto uma estranheza e rejeição em relação ao que representa ser velho, mas com o aumento

da idade da pessoa, aumenta a percepção de detalhes cada vez mais positivos acerca da imagem da pessoa idosa.

Para resumirmos o nosso trabalho, agrupei as classes etárias em 3 grandes conjuntos: jovens dos 12 aos 20 anos; adultos dos 20 aos 60 anos; e idosos dos 60 e mais anos. Os jovens deste estudo fazem referência à velhice como uma etapa onde *podemos desfrutar mais do nosso tempo, tendo em conta que devido ao trabalho nem sempre conseguimos ter tempo para nós e para os outros, e por isso acho que devemos aproveitar e gerir o tempo da melhor forma continuando ativos e a mostrar interesse em novos projetos e atividades* (Homem, 19 anos), sendo também uma *fase de vida em que recordamos todas as alegrias que vivemos* (Mulher, 15 anos).

Por outro lado os adultos direcionam-se à velhice como uma etapa de realização pessoal, acrescentando que esta *é mais uma etapa do ciclo da vida, é bom quando lá chegamos e vemos que atingimos os nossos objetivos* (Mulher, 37 anos), sendo também uma boa oportunidade para a transmissão de saberes, reforçando-se a ideia de que esta *é uma etapa de transmissão de conhecimento, a velhice é o retrato de uma pessoa repleta de sabedoria, pois já ultrapassou os obstáculos da vida* (Homem, 54 anos).

Os idosos entrevistados nesta investigação, também ressaltam que a velhice poderá ser uma boa etapa de vida, quando a encaramos como parte de um processo natural, um curso natural da vida, explicando que *a velhice inscreve-se no processo humano do qual todos nós fazemos parte, a velhice permite, quando devidamente conscientizada, compreender melhor a natureza do homem, olhar para a vida de forma tranquila e ajudar a apoiar os outros através da sabedoria adquirida ao longo da nossa existência* (Homem, 72 anos).

Por outro lado é uma etapa repleta de feitos e experiências de vida, que podem ser partilhadas aos outros, explicando que esta fase *não só nos oferece a oportunidade de partilhar as nossas experiências com os outros, como também ao longo dos anos soubemos imprimir os nossos rasgos na sociedade, no trabalho e na família. Mesmo que a história não venha a falar de nós, os nossos passos marcaram a vida de muita gente* (Homem, 84 anos).

### 4.3. Representações sobre a velhice e Habilitações literárias

Outra variável que consideramos importante a salientar é a das Habilitações Literárias. De facto, vários investigadores como Berger (1995:65) verificaram que as pessoas mais instruídas demonstram atitudes mais positivas em relação à velhice.

Nesta investigação, constatámos que 27% da amostra possui o ensino secundário, 20% e 19% possuem o 3ºCiclo e 2ºCiclo respetivamente, 17% têm o ensino superior, 14%, o 1º Ciclo, e apenas 3% da amostra é analfabeta (tabela 6).

**Tabela 6** - Distribuição da amostra por Habilitações Literárias

Habilitações Literárias	Nº Participantes	Percentagem
Analfabeto	5	3%
1ºCiclo	26	14%
<b>2ºCiclo</b>	<b>35</b>	<b>19%</b>
<b>3ºCiclo</b>	<b>37</b>	<b>20%</b>
<b>Secundário</b>	<b>50</b>	<b>27%</b>
Ensino Superior	33	17%
<b>Total</b>	<b>186</b>	<b>100%</b>

**Fonte:** autor

No estudo verificou-se que, os inquiridos com maior nível de instrução (Secundário e Ensino Superior), têm perceções mais otimistas acerca do processo de envelhecimento, salientando que é uma fase de *transmissão de conhecimentos, de hábitos, experiências e modos de vida* (Mulher, Ensino Secundário). Aceitam-na com naturalidade e otimismo, isto porque *a velhice deve ser encarada com otimismo pois é mais uma bela fase da nossa vida* (Homem, Licenciatura).

Os inquiridos que apresentavam menor nível de instrução tinham perceções mais negativas acerca da velhice, associando-a ao aparecimento de doenças, solidão, *porque no mundo onde vivemos, ser velho é ser doente e só* (Mulher, 1ºciclo), dependência, *tenho receio de ficar incapacitado e não ter quem cuide de mim* (Homem, 2ºciclo) e finitude da vida, *pois é sinal que estamos no fim da linha* (Homem, Analfabeto).

#### 4.4. Percepções gerais sobre o processo de envelhecimento

Numa abordagem mais global acerca da opinião positiva/negativa dos participantes acerca da velhice, verificou-se que a maioria considera que a velhice é uma etapa positiva (59%), ao contrário de 30% que a considera uma fase negativa. No entanto verifica-se que alguns dos participantes optaram por não responder a esta questão, correspondendo a uma taxa de 11% do total da amostra, como se pode verificar na tabela 7.

**Tabela 7** - Opinião dos Inquiridos quanto à opinião positiva/negativa sobre a velhice

Opinião sobre a Velhice	Frequência	Percentagem
Positiva	110	59%
Negativa	56	30%
Não Sabe/Não Responde	20	11%
<b>Total</b>	<b>186</b>	<b>100%</b>

**Fonte:** autor

A maioria dos inquiridos apontou o envelhecimento como um evento de vida positivo, apontando esta fase principalmente como uma experiência afirmativa, atribuindo-lhe alguns valores como a sabedoria, sendo portanto uma fase de *transmissão de conhecimentos, de hábitos, experiências e modos de vida* (Homem, 56 anos), e que *a velhice é a aquisição de sabedoria de vida* (Mulher, 46 anos). Barros (2007), citado por Fernanda Rocha (2008) ressalta que, *deixar um ensinamento aos mais jovens é uma forma de marcar a sua existência no mundo, de eternizar-se, pois seus conhecimentos, suas reflexões e suas experiências de vida permanecerão, além da sua morte, por meio dos seus filhos, netos, sobrinhos, alunos, vizinhos e amigos* (Barros, 2007, citado por Fernanda Rocha, 2008:99).

É uma fase onde se valoriza a experiência de vida. Muitos dos inquiridos ressaltaram que, *envelhecer significa ter experiência de vida, onde existem muitas histórias e momentos únicos da vida que merecem ser contados* (Mulher, 60 anos), valorizando-se sempre a troca de conhecimentos *porque envelhecer significa que estamos aptos para ensinar mas também aprender com os outros* (Mulher, 50 anos). Está então claro que o envelhecimento traz limitações sobre o corpo, que já

não possui a mesma vitalidade da juventude, mas por outro lado existe o conhecimento adquirido pelas experiências que tivemos ao longo da vida, que podem e devem ser partilhadas com as novas gerações.

Sob esta perspectiva, Rocha (2008) explica-nos que a valorização destas experiências só é possível quando o mais jovem as considera importantes e necessárias para o seu desenvolvimento, e por isso mesmo *é preciso reconhecer a experiência de vida e as contribuições que os idosos têm a oferecer para a sociedade e possibilitar-lhes uma participação ativa no processo e desenvolvimento* (Rocha, 2008:100).

Aqui a velhice é referenciada como uma fase natural da vida e que deve ser encarada com otimismo, alegria e felicidade, pois *a velhice faz parte da vida e só temos de a aceitar* (Mulher, 26 anos), para além disso, esta *faz parte da nossa vida e se não houver nada em contrário, todos passamos por ela* (Homem, 49 anos).

Lima (2005) refere que *o envelhecimento é universal, por ser natural, não depende da vontade do indivíduo. Todo ser nasce, desenvolve-se, cresce, envelhece e morre. A vida é um constante processo de modificações e a cada fase de seu desenvolvimento ocorrem transformações múltiplas acompanhadas de seus próprios desafios* (Lima, 2005: 19). Cabe portanto a cada idoso, aceitar o seu envelhecimento como uma etapa perfeitamente normal, buscando sempre o equilíbrio entre as suas limitações e as suas potencialidades. Posto isto, *temos de encarar a velhice de forma posita porque faz parte da lei da vida* (Homem, 62 anos).

F. Mercadante (1997) salienta a importância de compreendermos a velhice como um fato natural e cultural, destacando que *esta é natural e, portanto, universal se apreendida como um fenómeno biológico, mas é também imediatamente um fato cultural na medida em que é revestida de conteúdos simbólicos, evidenciando formas diversas de ação e representação* (Mercadante, 1997: 2).

Segundo Camila Lima (2005), *o envelhecimento é universal, por ser natural, não depende da vontade do indivíduo. Todo o ser nasce, desenvolve-se, cresce, envelhece e morre. A vida é um constante processo de modificações e a cada fase do seu desenvolvimento, ocorrem transformações múltiplas acompanhadas dos seus próprios desafios* (Lima, 2005:19)

Por outro lado, esta fase propícia para executar novas atividades e rotinas através da dedicação a outros projetos, atividades, dedicando-se mais ao lazer e ao

convívio, tendo em conta que *estamos mais disponíveis para os outros e para novas atividades* (Homem, 60 anos). *Nesta fase as pessoas têm mais tempo para elas e para aproveitar a vida*” (Mulher, 40 anos), *significa mais tempo para o lazer e convívio* (Mulher, 32 anos).

No entanto, também se verificou uma grande percentagem de participantes que consideraram a velhice como uma fase negativa, associando-a à incapacidade, *porque nesta fase já não conseguimos fazer tantas coisas como fazíamos antigamente* (Homem, 69 anos), *à debilidade etapa de debilidade física e mental* (Mulher, 30 anos), *à dependência, é uma fase onde se sente muita solidão, ficamos mais dependentes de terceiros e por isso a nossa autonomia diminui, o nosso aspeto físico também sofre alterações e existe a perda de capacidades físicas e psíquicas* (Mulher, 42 anos).

Por outro lado, mais uma vez a velhice é associada à doença pois “quando ficamos mais velhos temos tendência a ter mais doenças e a perdermos a nossa autonomia com o passar do tempo” (Homem, 20 anos), *à solidão tendo em conta que “ no nosso país ser velho é triste, porque não existem condições de vida para os idosos, não são apoiados devidamente, quer nos tempos livres, quer na doença, cada vez mais vivem na solidão e só por isso já a considero a velhice negativa”* (Mulher, 38 anos), *à tristeza, “é uma etapa muito triste pois nos damos conta de que já não conseguimos fazer metade das atividades que fazíamos quando erámos mais novos”* (Homem, 37 anos).

#### **4.5. Interpretações sobre as alterações biopsicossocioculturais decorrentes do processo de envelhecimento**

Ao estudarmos a amostra, questionámos os entrevistados relativamente aos eventos decorrentes da passagem da idade (tabela 8). Destes, 20% considera que na velhice se sofre de mais doenças, 18% afirma que este processo implica *muitas dores físicas*, 17% abraça a ideia de que *precisamos de mais descanso*, 16% afirma que temos mais *vontade de partilhar conhecimentos* e 15% refere que nesta fase *aumenta a sabedoria*. Verifica-se uma menor percentagem de respostas quanto à afirmação *não cuidamos do nosso corpo*” (8%) e *diminuem as responsabilidades/preocupações* (6%).

**Tabela 8** - Opinião dos Inquiridos quanto ao processo de envelhecimento

<b>Quando nos tornamos velhos:</b>	<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem</b>
Não cuidamos do nosso corpo	50	8%
Aumenta a Sabedoria	89	<b>15%</b>
Diminuem responsabilidades/Preocupações	34	6%
Sentimos muitas dores Físicas	104	<b>18%</b>
Sofremos de mais doenças	120	<b>20%</b>
Precisamos de mais descanso	100	<b>17%</b>
Vontade de partilhar Conhecimentos	98	<b>16%</b>
<b>Total</b>	<b>595</b>	<b>100%</b>

**Fonte:** autor

Segundo Terra (2002), citado por Eulália Silva (2005), o *processo de envelhecimento não deverá significar necessariamente, o declínio ou a perda de faculdades e funções, pois ser idoso não significa ser decadente, tendo em conta que muitas das doenças que de dão na velhice podem ser prevenidas ou até retardadas, de modo a que se permaneça saudável o bastante para usufruir das experiências da vida. A velhice não é sinónimo de doença, e poderá sim, ser sinónimo de maturidade* (Terra, 2002, citado por Silva, 2005:64).

Ainda de acordo com Eulália Silva (2005), com o envelhecimento, *todos os indivíduos passam para uma condição na qual a reserva do organismo está diminuída e há um nível de funcionamento lento, razão pela qual não se pode submetê-la a demandas excessivas. Por isso, são inúmeras as doenças e as limitações que podem surgir na velhice, tanto sob o aspeto fisiológico quanto psicológico* (Silva, 2005:64).

Na tabela 9 estão distribuídas as respostas quanto à velhice como fase “Difícil, Boa, marcada por perdas, de deterioração das capacidades”. Desta forma, 31% da amostra afirma que a velhice é uma fase “especialmente difícil”, onde 26% afirma que esta é uma fase onde se verifica a “deterioração das capacidades Físicas/Psicológicas”. Em contrapartida, 22% dos inquiridos afirma que esta fase é “especialmente boa”, mas “marcada por perdas” (21%).

**Tabela 9** - Opinião positiva/negativa dos Inquiridos quanto à velhice

<b>A velhice é uma fase:</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem</b>
Especialmente Difícil	96	<b>31%</b>
Especialmente Boa	69	22%
Marcada por perdas	64	21%
Deterioração das Capacidades Físicas/Psicológicas	80	26%
<b>Total</b>	<b>309</b>	<b>100%</b>

**Fonte:** autor

A entrada na velhice pode ser dolorosa. Segundo Ana Fraiman (2004), *as perdas físicas e afetivas durante a velhice, são sofridas com maior intensidade e com maior frequência do que em qualquer outra idade. A angústia, o medo do novo, o desejo de manter a situação antiga, o estigma de uma morte iminente e outros mitos povoam a mente do idoso e conduzem-no a um estado de maior insegurança* (Fraiman, 2004:20).

No que concerne à questão sobre quando se inicia a velhice, 63% diz que alguém está velho quando tem 65 anos ou mais, 25% faz referência às alterações físicas mais perceptíveis como “as rugas, os cabelos brancos, a flacidez da pele,..”, 11% ao facto de entrarmos na reforma. Apenas 1% se refere ao facto de só começamos a entrar na velhice quando nos apercebemos que somos incapazes de tomar conta de nós mesmos e também quando se nota uma diminuição das capacidades cognitivas e físicas (Tabela 10).

**Tabela 10** - Fatores associados ao início da velhice

<b>Quando se inicia a velhice?</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem</b>
Aparecem rugas, cabelos brancos, flacidez da pele,..	47	<b>25%</b>
Entramos na Reforma	21	11%
Temos 65 anos ou mais	116	<b>63%</b>
Outro	2	1%
<b>Total</b>	<b>186</b>	<b>100%</b>

**Fonte:** autor

De acordo com Beauvior (1990), no século XX, surgiu a valorização do aspeto social do jovem, a indústria da beleza vende a eterna juventude e nega a velhice; vende a aparência e nega o interior, pois a velhice é associada a

*modificações do corpo com o aparecimento de rugas, cabelos brancos, andar mais lento, postura encurvada, redução da capacidade auditiva e visual (Beauvior, 1990), aspetos estes que são muito visíveis e que contribuem para ver a velhice como algo feio e indesejável.*

Segundo Helena Loureiro (2011), *tem-se por hábito dizer que a idade que determina a velhice do ser humano são os 65 anos, considerando que encerrando a fase economicamente ativa do indivíduo iniciamos a reforma. A entrada na reforma anuncia por isso o final da vida ativa.*

*Esta pode ser ansiada por muitos, por constituir uma oportunidade de libertação da pressão, da responsabilidade, da escassez de tempo e de muitos outros constrangimentos que habitualmente são atribuídos ao exercício profissional, mas também poderá ser temida por outros, que fizeram da sua atividade laboral fonte de prazer, investimento pessoal e/ou reconhecimento social; o sucesso do confronto com este acontecimento depende de inúmeros fatores e poderá repercutir-se em diferentes dimensões da vida dos indivíduos (Loureiro, 2011:72).*

#### **4.6. A sociedade e o idoso**

Mesmo reconhecendo-se que o envelhecimento é um processo normal e que afeta todos os seres humanos, a nossa sociedade continua a valorizar essencialmente a juventude. De acordo com Maria Freitas *et al.* (2010), *a sociedade tem uma visão negativa deste período de vida, e pode fazer com que os próprios idosos detenham esta imagem, que constitui um dos significados preconcebidos sobre a velhice. O desconhecimento deste processo leva a absorver e a transmitir falsas perceções que contribuem, direta e indiretamente, para isolar e acelerar o processo de envelhecimento (Freitas et al., 2010:411).*

Desta forma colocou-se a questão aos inquiridos, “Acha que a sociedade devia dar mais atenção aos idosos?”. A maioria respondeu “sim” (93%), 5% afirmou “Talvez” e 2% optou por não responder, como se pode verificar na Tabela 11.

**Tabela 11** - Opinião quanto à atenção da sociedade para com os idosos

<b>A sociedade devia dar mais atenção aos idosos?</b>	<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem</b>
Sim	174	<b>93%</b>
Não	0	0%
Talvez	9	5%
Não sabe/Não responde	3	2%
<b>Total</b>	<b>186</b>	<b>100%</b>

**Fonte:** autor

Os inquiridos que responderam afirmativamente à questão, justificaram a sua resposta dando foco às situações de abandono e solidão de que muitos dos idosos são vítimas, porque *infelizmente existem cada vez mais casos de abandono a idosos, vivem sozinhos em casa, sem condições habitacionais e a precisarem de muitos cuidados de saúde* (Mulher, 34 anos); e também porque *os idosos de hoje são esquecidos pelos outros, são abandonados e necessitam da ajuda de alguém para realizarem tarefas que já não conseguem executar sozinhos* (Homem, 44 anos).

Por outro lado, relataram a importância de existir mais suporte social e emocional nesta fase. Este é inexistente uma vez que não se verificam respostas sociais e apoio financeiro suficiente para tantos idosos. Desta forma *se não formos nós (sociedade) a cuidar dos nossos idosos e a tornar a sua vida mais digna, estarão entregues à sua sorte* (Homem, 19 anos). Num futuro mais próximo, *todos seremos velhos e o apoio é fundamental para evitar a solidão, os maus-tratos, o agravamento de doenças, entre outros riscos*” (Mulher, 25 anos), tratando-se de um estágio em que *as pessoas começam a ficar mais vulneráveis e por isso requerem muito suporte emocional, físico, etc...* (Mulher, 23 anos).

Segundo um dos inquiridos, *a sociedade atual não é “humana”, por vezes os familiares esquecem-se que os seus pais fizeram muitos sacrifícios para que tivessem uma boa vida. Tratar de alguém é uma questão de humanidade, afinal o nosso dever é retribuir* (Homem, 65 anos).

De acordo Marília Ramos (2002), *o suporte social pode exercer um papel essencial promovendo e mantendo a saúde física e mental*. No entanto algumas pessoas podem não ter igual acesso a este importante recurso. *Existem talvez significantes variações de classe na natureza e na quantidade, em que o suporte*

*social está disponível. As pessoas nas classes sociais mais baixas são mais isoladas, aparentam receber menos assistência dos outros que aquelas em classes mais altas (Krause e Borawisk-Clarck, 1995 citado por Ramos, 2002:160). Sendo assim, observa-se que a classe social está relacionada com o suporte social na velhice. Mas, estas diferenças não se manifestam entre todos os tipos ou dimensões do suporte social. Ao contrário, os idosos com altas rendas e altos níveis de educação diferem daqueles nos mais baixos escalões somente em termos de contatos com amigos (e não com familiares), da frequência do suporte fornecido para outros, e na satisfação com suporte (Ramos, 2002:160).*

Chama-se a atenção para a sabedoria e experiências de vida que os idosos detêm e que podem ser aproveitadas em benefício da sociedade, isto porque *ao cuidarmos dos idosos, toda a sociedade beneficiará com isso, pois terão ao seu dispor uma verdadeira biblioteca viva (Mulher, 54 anos). De acordo com outro inquirido, a sociedade não dá atenção aos idosos, mas mais que isso, não aproveita a sua experiência de vida, o seu saber, as suas capacidades. É uma sociedade sem memória, sem referências, porque desperdiça o manancial que uma pessoa mais velha tem (Homem, 60 anos).*

Através da sua experiência de vida estes idosos *podem ajudar os mais novos a evitar situações e dificuldades que no seu tempo conseguiram superar. Eles próprios possuem um depósito de sabedoria acumulado que não deixa de ser importante para a sociedade (Mulher 49 anos). Ser velho não é, como afirma um dos nossos informadores, sinónimo de inatividade. A sociedade devia ter em atenção a sabedoria e a experiência adquirida pelos mais velhos porque poderá ser uma mais-valia (Mulher, 27 anos).*

#### **4.7. Estereótipos e mitos associados à velhice.**

Na tabela 12 estão presentes alguns dos estereótipos negativos que se ouvem com mais frequência na região. Assim os estereótipos negativos mais usados são: *os idosos são dependentes e precisam de ajuda dos outros (12%); os idosos são pessoas doentes (11%); os idosos vivem das suas recordações (10%); os idosos não dominam as novas tecnologias (10%); os idosos são tristes e*

*amargurados (8%); os idosos são rabugentos, teimosos e aborrecidos (7%); os idosos não reconhecem que precisam de ajuda (7%).*

**Tabela 12 - Estereótipos negativos mais frequentes**

	<b>Estereótipos Negativos</b>	<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem</b>
<b>1</b>	Os idosos são tristes e amargurados	82	<b>8%</b>
<b>2</b>	Os idosos são geralmente pobres	47	5%
<b>3</b>	Os idosos têm um discurso incoerente	34	3%
<b>4</b>	Os idosos não admitem os seus erros	63	6%
<b>5</b>	Os idosos sentem menos as emoções	26	3%
<b>6</b>	Os idosos são pessoas doentes	108	<b>11%</b>
<b>7</b>	Os idosos não reconhecem que precisam de ajuda	76	<b>7%</b>
<b>8</b>	Os idosos são egoísta	27	3%
<b>9</b>	Os idosos têm pouca criatividade	20	2%
<b>10</b>	Os idosos são todos iguais	42	4%
<b>11</b>	Os idosos não dominam as novas tecnologias	103	<b>10%</b>
<b>12</b>	Os idosos têm conhecimentos que já não interessam a ninguém	37	4%
<b>13</b>	Os idosos vivem das suas recordações	105	<b>10%</b>
<b>14</b>	Os idosos já deram o seu contributo ao mundo	49	5%
<b>15</b>	Os idosos são rabugentos, teimosos e aborrecidos	76	<b>7%</b>
<b>16</b>	Os idosos são dependentes e precisam de ajuda dos outros	119	<b>12%</b>
	<b>Total</b>	<b>1014</b>	<b>100%</b>

**Fonte:** autor

Estes estereótipos podem ter um impacto negativo na vida dos idosos, levando-os a interiorizarem essa realidade. Esses estereótipos influenciam a visão que o idoso tem sobre o seu próprio envelhecimento, o estado de saúde, a vontade de viver, e até pode afetar o seu funcionamento cognitivo e físico. Desta forma, para reponderem à questão relacionada com o impacto que estereótipos negativos têm nos idosos, a maioria dos respondentes afirmaram que eles possuem um impacto negativo na vida do idoso. Este pode sentir-se excluído e abandonado pela sociedade, levando ao isolamento social. Estes estereótipos *fazem com que os idosos se sintam mais frágeis, amargurados e solitários, levando portanto ao isolamento* (Mulher, 33 anos). Podem deixar os idosos *mais debilitados emocionalmente, fazendo com que se fechem e não transmitam os seus sentimentos aos outros* (Homem, 40 anos), fazendo com que *os mais jovens não tenham respeito pelos idosos e que os vejam como pessoas que em nada*

*contribuem para a sociedade* (Homem, 19 anos). Para além disso fazem com que *as relações que estabelecem com os outros sejam mais difíceis e negativas* (Mulher, 37 anos), *condicionando negativamente a vida quotidiana dos idosos e a relação recíproca com os seus familiares e com a sociedade em geral* (Mulher, 30 anos).

Por outro lado estes idosos podem sentir-se um peso, um “estorvo” para os outros, resultando em solidão, tristeza, amargura e sentimento de inutilidade. Para um idoso que tenha um bom suporte emocional, estes estereótipos negativos não têm qualquer impacto. Já nos idosos emocionalmente mais frágeis o resultado será diferente, como referiu um homem de 70 anos, estes podem *sentir-se um estorvo para os outros*. Os estereótipos *podem deprimí-los quando a sua experiência e sabedoria não é reconhecida. Não se sentem úteis e estimados pelos outros*”, causando a *negação das competências de que dispõem, como o saber, a experiência, prudência, generosidade, disponibilidade, solidariedade* (Mulher, 55 anos).

Segundo Couto (2006), citado por Thiago Almeida *et al.* (2009), *embora o aumento da longevidade seja uma conquista para a população e para a ciência, ainda prevalece a ideia de que envelhecer é algo a ser evitado, (...) o culto da juventude é cada vez mais reforçado e a velhice é premeada por estereótipos e preconceitos que a reduzem a uma fase de declíneos e perdas* (Couto, 2006: 32, citado por Thiago Almeida *et al.* 2009:240). De acordo com o mesmo autor, muitas vezes os idosos afastam-se de algumas atividades sociais utilizando como pretexto a sua idade avançada, para se vitimarem e se sentirem inúteis perante os outros. Estas atitudes contribuem para um mecanismo de exclusão, em que os idosos são os responsáveis diretos. Por esta razão, a marginalização dos idosos é um problema cultural que poderá ser agravado pela atitude de cada pessoa em relação ao seu envelhecimento. É crucial que o idoso saiba que á medida que a idade avança, não deve ceder a estes mecanismos de exclusão, que poderão agravar o isolamento social.

Com o decorrer dos anos é normal que surjam mais doenças; o distanciamento dos filhos; a aproximação da reforma; morte de amigos e cônjuges; sendo que a aproximação da morte se torna também numa ameaça que paira sobre as cabeças dos idosos. Estas crises devem ser superadas, se necessário com a ajuda dos que rodeiam o idoso. É uma fase em que *o apoio da família e dos amigos*

torna-se fundamental para que este processo se torne menos penoso e seja mais aceite (Almeida et al., 2009:242).

Fraiman (2004) afirma que

*o velho carrega, como parte inerente à sua condição, estereótipos e classificações pouco reveladoras da sua atual condição. Temos a tendência a encará-lo como uma estrutura rígida de personalidade, frente à qual nos paralizamos e codificamos como «rabugento», «difícil», «intransigente», «pouco receptivo», «igual a uma criança». Se assim fosse, só nos restariam duas alternativas: exercer a nossa tolerância ou a nossa impaciência (Fraiman, 2004:21).*

Na tabela 13 estão explícitos, ainda dentro da temática dos estereótipos, os termos que melhor caracterizam a velhice. Desta forma, os termos que se destacaram mais neste estudo são, sabedoria (20%), solidão (11%), experiência (10%), conhecimento (7%), amor (6%) doenças (6%), perda (4%), recordações (4%), saudade (4%).

**Tabela 13 - Termos que caracterizam a velhice**

	Palavras que melhor caracterizam a velhice	Frequência	Porcentagem
1	Calma	8	2%
2	<b>Amor</b>	<b>23</b>	<b>6%</b>
3	Carinho	5	1%
4	Respeito	3	1%
5	<b>Solidão</b>	<b>39</b>	<b>11%</b>
6	Descanso	6	2%
7	<b>Conhecimento</b>	<b>25</b>	<b>7%</b>
8	<b>Sabedoria</b>	<b>73</b>	<b>20%</b>
9	<b>Experiência</b>	<b>36</b>	<b>10%</b>
10	Isolamento	5	1%
11	Reforma	7	2%
12	Abandono	7	2%
13	<b>Perda</b>	<b>13</b>	<b>4%</b>
14	<b>Doenças</b>	<b>21</b>	<b>6%</b>
15	Tristeza	10	3%
16	<b>Recordações</b>	<b>14</b>	<b>4%</b>
17	Solidariedade	3	1%

<b>18</b>	Dependência	4	1%
<b>19</b>	Maturidade	5	1%
<b>20</b>	Felicidade	7	2%
<b>21</b>	Vivência	3	1%
<b>22</b>	Memórias	4	1%
<b>23</b>	Morte	7	2%
<b>24</b>	<b>Saudade</b>	<b>16</b>	<b>4%</b>
<b>25</b>	Dor	8	2%
<b>26</b>	Partilha	3	1%
<b>27</b>	Teimosia	6	2%
<b>28</b>	Incapacidade	9	2%
	Total	370	100%

Fonte: autor

De acordo com Colom e Zaro (2007), citados por Thiago Almeida *et al.* (2009),

*os estereótipos em geral, concedem à velhice uma realidade negativa. O consenso social aceita como fatos inevitáveis uma perda de capacidades mentais, perda de memória, saúde vulnerável, padecimento constante de doenças ou reclamos de atenção. Essas características parecem justificar uma conduta estereotipada associada a termos como «acabado», «inutil», «doente», «incapaz», «improdutivo», «dependente» e «carga social», levando a pessoa à rejeição e marginalização social (Colom e Zaro, 2007: 309, citados por Thiago Almeida *et al.* 2009:242).*

#### 4.8. Preparação para uma velhice bem-sucedida

Na tabela 14, estão apresentados todos os fatores que podem contribuir para alcançar uma velhice bem-sucedida, com qualidade de vida. Desta forma, os respondentes afirmam que para existir uma velhice bem-sucedida deve-se *viver, o melhor possível, todos os momentos da vida* (11%); *ter cuidado com o corpo* (10%); *não praticar atividades que ponham em risco a saúde* (10%). As questões *criar um bom ambiente familiar, encarar a velhice com realismo e Aceitar a idade com naturalidade*, reúnem 9% das respostas. Por sua vez, *não se deixar abater pelas doenças e fazer atividade física*, 8%.

**Tabela 14 - Velhice Bem-sucedida**

	<b>Para uma velhice bem-sucedida devemos:</b>	<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem</b>
<b>1</b>	Ter cuidado com o corpo	116	<b>10%</b>
<b>2</b>	Não praticar atividades que ponham em risco a saúde	119	<b>10%</b>
<b>3</b>	Criar um bom ambiente familiar	105	<b>9%</b>
<b>4</b>	Não se deixar abater pelas doenças	100	<b>8%</b>
<b>5</b>	Conhecer pessoas e lugares novos	69	6%
<b>6</b>	Ter um projeto de vida	58	5%
<b>7</b>	Procurar e ter um bom emprego	18	1%
<b>8</b>	Encarar a velhice com realismo	112	<b>9%</b>
<b>9</b>	Fazer atividade Física	103	<b>8%</b>
<b>10</b>	Casar	21	2%
<b>11</b>	Ter filhos	27	2%
<b>12</b>	Cultivar e conservar amizades	75	6%
<b>13</b>	Aceitar a idade com naturalidade	107	<b>9%</b>
<b>14</b>	Ter um curso (estudar)	7	1%
<b>15</b>	Ter tempo e disponibilidade para o amor	46	3%
<b>16</b>	Viver o melhor possível todos os momentos da vida	126	<b>11%</b>
	<b>Total</b>	<b>1209</b>	<b>100%</b>

**Fonte:** autor

Ter um estilo de vida saudável no envelhecimento é importante, mas é ainda mais importante que o tenhamos desde muito cedo. Como refere Bourdieu (1983), citado por Castilho, (2010), *construir uma vida saudável implica adotar certos hábitos – como é o caso da atividade física e da alimentação saudável – enfrentar condições ou situações adversas; e também estabelecer relações afetivas solidárias e cidadãs, adotando uma postura de ser e estar no mundo com o objetivo de bem viver* (Bourdieu, 1983, citado por Castilho, 2010: 35).

Sendo assim, tentou-se perceber quais são os hábitos dos participantes e de que forma preparam ou prepararam a sua velhice. Neste estudo salientou-se a importância do exercício físico e de uma boa alimentação: Uma inquirida de 34 anos respondeu, *evito atividades que possam agravar a saúde, tenho uma alimentação equilibrada e pratico exercício físico* (Mulher, 34 anos. Por sua vez um jovem do sexo masculino afirmou *ter cuidado com a alimentação, fazer algum exercício físico e exames de saúde regulares* (Homem, 19 anos). Já um indivíduo do sexo feminino respondeu por enquanto *não fazer nada para preparar a minha velhice, a não ser manter uma atitude positiva e tentando manter-me mentalmente*

*e fisicamente ativa, de modo a desenvolver a minha capacidade de autonomia (Mulher, 56 anos).*

Segundo Saldanha e Caldas (2004), citado por Castilho, (2010) um dos objetivos da atividade física é a manutenção da capacidade funcional, visto que *previne e reduz algumas incapacidades funcionais que advêm do envelhecimento, pra além de que apresenta benefícios psicossociais, pois favorece a criação de laços de amizade com outros indivíduos da mesma idade ou mesmo mais novos* (Caldas, 2004: 145, citado por Castilho, 2010: 36). Mas fazer exercício físico não chega, ter uma alimentação adequada é um fator primordial para a prevenção e/ou recuperação da saúde do idoso.

O suporte social é um dos recursos mais significativos usados pelos idosos sendo que neste estudo, as relações de amizade e familiares são referidas como importantes para alcançar uma velhice bem-sucedida: *entendo que é fundamental ter cuidado com a saúde, mas também com o nosso aspeto físico de forma a me sentir jovem e não olhar à idade. De salientar também que é importante criar laços de amizade para não correr o risco da solidão* (Homem, 60 anos). Outro inquirido respondeu: *tento conservar as minhas boas amizades, vivo a vida da melhor forma e trabalho muito para mais tarde não passar necessidades* (Homem, 40 anos). Ter *uma boa relação com a minha família e convivo com os meus amigos, não deixo que as doenças associadas à velhice me atormentem e partilho os meus conhecimentos com os meus netos*, foi a afirmação obtida de uma mulher de 62 anos.

Erbolato (2002), citado por Lima *et al.* (2008:799) explica que a manutenção de contatos sociais com amigos de longa data e a preservação de emoções positivas com os relacionamentos, mesmo na presença de diminuição da rede de relações, são achados positivos no contexto das relações ou interações na velhice, assim como a possibilidade de suporte e contatos à distância com filhos, amigos e familiares (Erbolato, 2002, citado por Lima *et al.*, 2008).

Para além destes aspetos, alguns dos participantes chamaram a atenção para o aspeto financeiro, tendo em conta a atual situação económica do país, de forma a prevenir certas dificuldades financeiras no futuro. Sendo assim, de acordo com alguns dos participantes da amostra, para preparar a velhice devemos *precarer o aspeto financeiro, manter os bons amigos e livrar dos maus, prevenindo sempre potenciais problemas de saúde* (Homem, 49 anos); *ter uma conta poupança*

*para alguma eventualidade no futuro (Mulher, 30 anos); e economizar algum dinheiro pois já ninguém sabe se irá ter reforma (Homem, 50 anos).*

Além de se ter dado importância à prática de estilos de vida saudáveis desde cedo, grande parte dos inquiridos respondeu não fazer “nada” para preparar a sua velhice, tendo estilos de vida mais sedentários.

## Conclusões

O Envelhecimento Populacional não é apenas uma preocupação dos países desenvolvidos, mas também daqueles que estão em desenvolvimento, onde se verificam os maiores índices de mudanças na atualidade.

Devido aos progressos da medicina, a população idosa vive cada vez mais tempo e com mais saúde, em consequência do retardamento e/ou da cura de mais doenças. O envelhecimento populacional gera novas exigências em termos de custos, mas também oportunidades inovadoras, se o idoso for tido e visto como um membro ativo da sociedade.

O envelhecimento é um processo dinâmico e progressivo, estando associado a mudanças ao nível morfológico, funcional, bioquímico e psicológico, que determinam a progressiva perda de capacidades de adaptação do indivíduo ao meio ambiente. É também caracterizado por uma maior vulnerabilidade, aumentando a incidência de patologias que poderão levar à morte (Lima, *et al.* 2005).

O envelhecimento não é um processo homogêneo pois cada indivíduo envelhece de forma diferenciada, tendo em conta a sua história individual e todos os aspetos estruturais relacionados com a saúde, educação e condições económicas. Mas mesmo sabendo que nem todos os idosos têm uma velhice patológica, existe o medo e o preconceito acerca deste processo, dificultando a sua aceitação como um processo normal e natural do ser humano.

Afirmar que a ancianidade está relacionada com a doença, ou mesmo que se trata de conceitos sinónimos é um erro, pois nem sempre velhice e doença estão associadas de todo. Sendo possível evitar a doença, é impossível escapar-se ao processo de envelhecimento. Falar de doença na velhice, ultrapassa as fronteiras do biológico e entra, frequentemente, no campo do estereótipo. Daí a nossa ideia de analisarmos os estereótipos e preconceitos associados à velhice na freguesia de Basto.

Quisemos averiguar e analisar a existência ou não de preconceitos ou estereótipos associados a esta fase. Constatou-se que nem todas as pessoas veem a velhice como uma fase negativa. A maioria dos inquiridos tem uma postura positiva e otimista acerca desta etapa, atribuindo-lhe valores como a sabedoria, maturidade, experiência de vida, devendo ser encarada como uma fase natural e normal do ciclo da vida. Poderá até ser uma fase propícia ao desenvolvimento de

projetos e atividades de caráter lúdico e cultural, para próprio proveito da sociedade.

No que concerne às representações sociais e ao gênero, verificou-se que tanto as mulheres como os homens possuem uma percepção positiva acerca do envelhecimento, não descurando, contudo, as dificuldades que podem advir deste processo.

Ao nível das percepções acerca do envelhecimento e a idade, conclui-se que as classes etárias que englobam o grupo dos jovens, dos adultos e dos idosos, mostram uma atitude positiva em relação à velhice.

Por outro lado, quanto às habilitações literárias, observou-se que como Berger (1995:65) defendeu, as pessoas que possuíam mais habilitações literárias, como o secundário e o ensino superior, demonstravam atitudes mais positivas em relação ao processo de envelhecimento.

No que respeita às alterações biopsicossociais decorrentes do processo de envelhecimento, destacou-se a sua associação a aspetos como a doença, descanso e dores físicas, assim como se valorizaram a sabedoria e partilha de conhecimentos. No entanto, além de ser uma fase encarada com otimismo, reconheceu-se que pode ser um processo doloroso e de difícil adaptação, devido às perdas físicas e afetivas que daí podem advir.

Nesta investigação, fixou-se a idade dos 65 anos ou mais como o início da velhice, no entanto as alterações físicas como o aparecimento de rugas e cabelos brancos, flacidez da pele, entre outros, como marcantes do início deste processo.

A sociedade contemporânea valoriza essencialmente a juventude, havendo uma visão mais negativa acerca deste período de vida, levando a que se transmitam falsas percepções que contribuem para o isolamento social e discriminação. A grande maioria dos participantes manifestou a ideia de que a sociedade deveria dar mais atenção aos idosos, focando as situações de abandono e solidão a que muitos são sujeitos, à falta de suporte e respostas sociais que neste momento não conseguem abarcar tantos idosos. Relata-se mais uma vez a importância da sabedoria e experiência de vida que estes idosos detêm, capacidades que podem ser usadas em benefício de todos.

De acordo com os estereótipos e as imagens negativas acerca do envelhecimento, predomina a ideia de que os idosos são pessoas doentes; que são pessoas tristes, amarguradas, teimosas e aborrecidas; que não reconhecem que

precisam de ajuda de alguém; que vivem das suas recordações; que são pessoas dependentes. Estes estereótipos podem ter um impacto negativo na vida dos idosos e podem torna-los como realidade, levando ao isolamento, sentindo-se um peso para a sociedade.

É importante termos um estilo de vida saudável desde a nossa infância, praticando atividades que beneficiem a saúde física e mental, como o exercício físico, alimentação saudável, estabelecimento de relações sociais, entre outras. Neste sentido conclui-se que é importante ter cuidado com o corpo; praticar exercício físico; ter uma boa alimentação; criar um bom ambiente familiar; não se deixar abater pelas doenças; encarar a velhice com realismo e naturalidade. No entanto grande parte da amostra admitiu não fazer “nada” para preparar a sua velhice, tendo estilos de vida mais sedentários.

## Bibliografia

ALMEIDA, Thiago; LOURENÇO, M. L. (2009) “Reflexões: Conceitos, estereótipos e mitos acerca da velhice”. *RBCEH*, Passo Fundo, v.6, n.2, pp.233-244.

AREOSA, S. V. C; OHLWEILER, Z.C. (2000) “O idoso e os grupos de convivência no Município de Santa Cruz do Sul: Dados de Pesquisa”. *REDES*, Santa Cruz do Sul, n.1, pp.179-187.

BEAUVOIR, Simone de (1990) *A velhice*. 3ª edição. Rio de Janeiro: Nova Fronteira

BERGER, L. e MAILLOUX, D. (1995) *Pessoas Idosas: uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidacta.

CABETE, Dulce G. (2005) *O Idoso, a Doença e o Hospital – O Impacto do Internamento Hospitalar no Estado Funcional e Psicológico das Pessoas Idosas*. Loures: Lusociência.

CANCELA, Diana M. G. (2007) *O Processo de Envelhecimento*. Trabalho realizado para o estágio de complemento ao diploma de Licenciatura em Psicologia pela Universidade Lusíada do Porto. Porto: Universidade Lusíada do Porto.

CASTILHO, Ana R.F. (2010) *Envelhecimento Ativo / Envelhecimento Saudável – opinião dos idosos do concelho de Viana do Castelo*. Ponte de Lima: Universidade de Fernando Pessoa.

CASTRO, Florêncio Vicente et al (1999) – *Construcción psicológica de la identidad regional: tópicos y estereótipos en el proceso de socialización el referente a Extremadura*. Badajoz: Gráfica Disputación Providencial de Badajoz.

CATITA, Paula A. L. (2008) *As representações sociais dos enfermeiros do serviço de urgência face ao doente idoso*. Lisboa: Universidade Aberta.

CERQUEIRA, Margarida M. (2010) *Imagens do Envelhecimento e da Velhice*. Aveiro: Universidade de Aveiro.

COSTA, Elizabeth M. S. (1998) *Gerontodrama: a velhice em cena: estudos clínicos e psicodramáticos sobre o envelhecimento e a terceira idade*. São Paulo: Ágora

COSTA, M. (2002) *Cuidar idosos. Formação, Práticas e Competências dos enfermeiros*. Coimbra: FORMASAU.

COSTA, Maria A. M. et al (1999) *O IDOSO – Problemas e Realidades*. Coimbra: FORMASAU.

COUTO, Margarida F.S. (2008) *A história transgeracional familiar e a decisão de institucionalização do idoso*. Porto.

DEMAKAKOS, P. et al (2007) "Age identity, age perceptions, and health". *Annals of the New York Academy of Sciences*. 1114, pp. 279-287.

FERNANDES, Ana A. (1997) *Velhice e Sociedade*. Oeiras: Celta Editora.

FONSECA, António M. (2004) *O Envelhecimento: Uma abordagem psicológica*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.

FRAIMAN, Ana P. (2004) *Coisas da Idade. Edição Revista e Ampliada*. São Paulo: Alexa Cultural.

FREITAS, Maria C.; QUEIROZ, Terezinha A. et al. (2010) "O significado da velhice e da experiência de envelhecer para idosos". *Revista Esc. Enfermagem USP*, pp.407-412.

GOVERNO DE PORTUGAL (2012) *Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações: Programa de Ação 2012*. Governo de Portugal. Disponível em <http://www.igfse.pt/upload/docs/2012/Programa%20A%C3%A7aoAnoEuropeu2012.pdf>

INE (2001) *Censos 2011 – Resultados Provisórios*. Lisboa: INE.

INE (2003) *Projeções da População Residente em Portugal entre 2000-2050*. Lisboa: INE.

INE (2004) *Projeções de população residente, Portugal e NUTS I 2000-2050*. Lisboa: INE.

JODELET, D. (1984) *Les représentations sociales*. Paris: Press Universitaires de France.

JODELET, D. (1997) "Les représentations sociales: un domaine en expansion". In D. JODELET (ed.), *Les représentations sociales*. Paris: Presses Universitaires de Paris, pp. 31-61.

JODELET, Denise. (2001) *Les Représentations Sociales*. Paris: Presses Universitaires de France.

JÚNIOR, Adahir et al. (2006) *Representação Social do Conceito de Tempo nos Licenciados da UFRPE*. Dissertação de Mestrado. Pernambuco: Universidade Federal Rural de Pernambuco.

KEONG, Ana M. P. A. (2010) *A auto-percepção do envelhecimento em idosas viúvas*. Dissertação de Mestrado. Lisboa. Faculdade de Psicologia de Lisboa

LEHR, U. (1980) *Psicologia de la Senectude*. Barcelona: Editorial Herder.

LIMA, A; DELGADO, E. (2010) “A melhor idade do Brasil: Aspectos Biopsicossociais decorrentes do processo de envelhecimento”. *Ulpra e Movimento REFUM*, v.1, n.2, pp.76 -91.

LIMA, Ângela M. M.; SILVA, HENRIQUE S.; GALHARDONI, R. (2008) “Successful aging: paths for a construct and new frontiers”. *Interface – COMUNIC., Saúde, EDUC.*, v.12, n.27, pp.795-807.

LIMA, Camila K. G.; MURAI, Holga C. (2005) “Percepção do idoso sobre o próprio processo de envelhecimento”. *Revista de Enfermagem UNISA*. pp.15-22.

LOUREIRO, Helena M. A. M. (2011) *Cuidar na entrada da reforma: Uma intervenção conducente à promoção da saúde de indivíduos e de famílias*. Aveiro: Universidade de Aveiro.

MAGALHÃES, Carlos; FERNANDES, Adília *et al.* (2010) “Repercussão dos Estereótipos sobre as pessoas idosas”. *Revista Transdisciplinar de Gerontologia. Universidade Sénior Contemporânea*, v. III (2), pp. 7-17.

MAIA, Gabriela, F. (2010) *Olhares sobre o envelhecimento. Uma leitura de gênero no centro de Santa Maria*. Dissertação de Mestrado. Santa Maria: Universidade de Santa Maria.

MERCADANTE, E. F. (1997) *A construção da Identidade e da subjetividade do idoso*. Tese de Doutorado em Ciências Sociais. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

MOSCOVICI, S. (2003) *Representações sociais: investigações em psicologia social*. Petrópolis, RJ.

MOSCOVICI, Serge (1961) *La psychanalyse, son image et son public*. Paris: PUF.

MOSCOVICI, Serge (1961) *La psychanalyse: son image et son public – etude sur la representation sociale de la psychanalyse*. Paris: Presses Universitaires de France.

MOSCOVICI, Serge (2004) *Representações sociais: investigações em psicologia social*. 2 ed. Petrópolis: Vozes.

MOTTA, A. B. (2006) “Chegando pra idade”. In Barros, M. M. L. *Velhice ou Terceira Idade? Estudos Antropológicos sobre Identidade, Memória e Política*. Rio de Janeiro: Editora FGV.

MOURA, Cláudia (2006) *Século XXI – Século do Envelhecimento*. Loures: LUSOCIÊNCIA.

NERI, A. L. (1991) *Envelhecer num país de jovens. Significados de velho e velhice segundo brasileiros não idosos*. Campinas: Unicamp.

NERI, A. L. (1995). “Atitudes e crenças em relação à velhice. O que pensa o pessoal do SENAC - São Paulo”. *Relatório técnico*. São Paulo: Senac.

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*, v. 23 (2), pp. 127-137.

NETO, F. (1998) – *Psicologia Social*. Volume I. Lisboa: Universidade Aberta.

OLIVEIRA, José H. B. (2005) *Psicologia do Envelhecimento e do Idoso*. Porto: Legis Editora/Livpsic.

OMS (2005) *Envelhecimento Activo: Uma Política de Saúde*. Brasília: OPAS.

PAPALÉO NETTO, M. (2002) “O estudo da velhice no séc.XX: histórico, definição do campo e termos básicos”. In: FREITAS, E. et al.(Orgs.). *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Kroogan, pp. 2-12.

PAULINO, L. F. (2007) *Representações Sociais da Velhice, Cegueira e Direitos Sociais em Instituições Especializadas em Deficiência Visual*. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: UFRJ.

PEREIRA, J. K. (2006) *As representações Sociais da velhice e Terceira idade: um estudo de caso sobre um grupo de terceira idade de Catinga*. Minas Gerais: Brasil.

RAMOS, Marília P. (2002) “Apoio Social e Saúde entre Idosos”. *Sociologias*. Porto Alegre, n.7, pp.156-175.

RAMOS, N. (2005) “Relações e solidariedades intergeracionais na família – dos avós aos netos”. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, n.1, pp.195-216.

RISMAN, Arnaldo (2010) “Envelhecimento: um processo multideterminado e multideterminante?”. *Revista Portal*, n.1.

ROCHA, Fernanda M. F. (2008) *Representações Sociais da atenção assistencial oferecida ao idoso no Município de Divinópolis*. Dissertação de Mestrado. Divinópolis: UEMG.

SÊGA, Rafael A. (2000) “O conceito de representação social nas obras de Denise Jodelet e Serge Moscovici”. *Anos 90*. Porto Alegre, n.13, pp.128-133.

SILVA, Aurora M. R. (2011) *Representações Sociais da Velhice*. Tese de Doutorado. Porto: Universidade do Porto.

SILVA, Eulália M. M. et al (2005) “Mudanças Fisiológicas e Psicológicas na Velhice relevantes no tratamento odontológico”. *Revista Ciência em extensão*, v. 2. (1), pp. 1-97.

SILVA, Sofia, M. (2009) *Envelhecimento Ativo: Trajetórias de vida e Ocupações na reforma*. Dissertação de Mestrado. Coimbra: Universidade de Coimbra.

VAZ, Ester (2008) *A Velhice na Primeira Pessoa*. Penafiel: Editorial Novembro.

VERGARA, Sylvia C.; FERREIRA, Vítor C. P. (2007) "Teoria das Representações Sociais: Uma opção para pesquisas em administração". *Revista ANGRAD*, v. 8. (2), pp. 225-241.

ZIMERMAN, Guide I. (2000) *Velhice: aspectos biopsicossociais*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.

## Anexos