

Escola de Ciências Sociais e Humanas

Departamento de Psicologia Social das Organizações

**ATIVA**

Os efeitos de uma atividade de leitura na saúde mental das pessoas idosas através da  
ativação de estereótipos de envelhecimento

Miriam Elisabete Pino Silva

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em  
Psicologia Social da Saúde

**Orientadora:**

Professora Doutora Sibila Marques, Investigadora em Pós-Doutoramento

ISCTE-Instituto Universitário de Lisboa

outubro, 2013



Escola de Ciências Sociais e Humanas

Departamento de Psicologia Social das Organizações

**ATIVA**

Os efeitos de uma atividade de leitura na saúde mental das pessoas idosas através da  
ativação de estereótipos de envelhecimento

Miriam Elisabete Pino Silva

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em  
Psicologia Social da Saúde

**Orientadora:**

Doutora Sibila Marques, Investigadora em Pós-Doutoramento  
ISCTE-Instituto Universitário de Lisboa

outubro, 2013

## Agradecimentos

Se alguns anos atrás tivessem-me dito que um dia escreveria uma tese, ria-me! Nunca pensei ser capaz de escrever algo importante como uma tese. Para mim foi um longo processo, com muitos altos e baixos, mas finalmente chegou ao fim e posso dizer que tenho orgulho do meu trabalho. Custou...mas está feito!

Em primeiro lugar gostaria de agradecer à professora Sibila Marques por ter sido a minha orientadora e por me ter acompanhado ao longo deste processo. Por me ter ajudado a escolher e a desenvolver este tema. Obrigada por todo o apoio e por toda a paciência.

Agradeço aos meus pais, por nunca terem desistido de mim, por investirem em mim e por quererem sempre o melhor para mim. Á minha mãe por ter sido incansável. Por ter sido sempre minha amiga, por ter ouvido todos os meus desabafos, e por sempre me ter dito: “tu és capaz!”. Obrigada por fazeres-me acreditar em mim mesma!

Ao meu pai, por me ter apoiado sempre. Por todas as mensagens e telefonemas de incentivo e por lembrar-me sempre que sou uma vitoriosa. Obrigada papi!

Obrigada por tudo, são os melhores pais do mundo!

Á minha irmã e ao meu cunhado, por todos os jantares, gargalhadas, “bilhardices”, passeios e conversas. Obrigada pela preocupação, pelo carinho e pela disponibilidade.

Á minha Joana. Não só por estar presente nestes último meses, mas pelos 5 anos de amizade, cumplicidade e aventura. Obrigada por nunca te teres cansado de mim e teres estado comigo sempre. Obrigada pelas conversas sobre a tese, porque eras a única que compreendia o meu tema, o meu *stress* e que ouvia sempre os meus desabafos. Não há palavras para descrever e agradecer todos estes 5 anos. Obrigada por existires!

Ao Jorge, que apesar de ser recente, foi importante e ajudou-me durante esta altura crítica. Obrigada por teres aturado as minhas “birras”, a minha má disposição, o meu cansaço e por chamares-me a atenção quando estava a ser uma “drama queen”... Simplesmente, obrigada por estares ao meu lado!

À Susana, pelas noitadas que passamos a trabalhar na tese. Pela amizade e companheirismo que temos vivido nestes 5 anos. Obrigada pelo apoio e por aturares os meus dramas!

À Fátima, pela amizade, pelo interesse, por perguntar como estava a correr a tese e por todas as conversas e saídas que faziam-me relaxar e “esquecer” a tese. Obrigada!

À Cláudia e ao Rui, pelos jantares, cafés e conversas.

À Majó, que ao mesmo tempo fez a sua tese e acompanhou todo o *stress* e toda a ansiedade. É engraçado ver como conseguíamos motivarmo-nos uma à outra. Obrigada!

À Sara, porque todos os dias dizia que já andava nesta tese há 1000 anos. Obrigada porque de certa forma fazias-me sentir motivada e com que eu acabasse de escrever a tese para te mostrar que finalmente já estava feita.

À Junta de Freguesia da Lapa por se terem disponibilizado para a realização deste estudo participado no meu estudo e aos alunos da Academia Sénior da Lapa por terem participado no meu estudo de livre e boa vontade. Um muito obrigada!

**Resumo**

Este estudo tem como objetivo principal verificar o impacto da ativação de estereótipos de envelhecimento no desempenho cognitivo e no bem-estar das pessoas idosas através de uma atividade de estimulação cognitiva. Para tal, conduziu-se uma experiência seguindo os moldes de uma atividade de leitura, onde foram apresentadas a pessoas idosas (n=60) três histórias que primavam estereótipos positivos, negativos ou neutros. Utilizou-se um instrumento para avaliar o desempenho cognitivo das pessoas idosas – *Mini- Mental State Exam* de forma a compreender o impacto da ativação dos estereótipos de envelhecimento no desempenho cognitivo dos participantes - e uma medida de bem-estar subjetivo.

Os resultados deste estudo mostraram que ocorre a ativação dos estereótipos de envelhecimento durante uma atividade de leitura típica de um Programa de Estimulação Cognitiva e que esta ativação tem efeitos significativos sobre o bem-estar das pessoas idosas.

Estes resultados são discutidos à luz da literatura sobre Programas de Estimulação Cognitiva para as pessoas idosas.

**Palavras-chave:** envelhecimento, pessoas idosas, estereótipos, declínio cognitivo, bem-estar.

**Código do PsycINFO:** 3040 Social Perception & Cognition

3370 Health & Mental & Mental Health Services

2860 Gerontology

**Abstract**

This study aims to verify the impact of the activation of stereotypes of aging on the cognitive performance and well-being of the elderly by using a cognitive stimulation technique. To this end, we conducted an experiment following the structure of a reading activity where we presented three stories where we primed older people (n=60) with positive, negative or neutral stereotypes. We used an instrument to assess cognitive performance of the elderly - Mini - Mental State Exam in order to understand the impact of activation of stereotypes of aging on the cognitive state of the participants - and a measure of subjective well-being .

The results of this study showed that the reading activity activated aging stereotypes and that this had an effect on the subjective well-being of participants. However, we did not find evidence of effects on the cognitive performances of older people.

These results will be discussed having in consideration the literature on cognitive stimulation activities for older people.

**Key-words:** aging, older people, stereotypes, cognitive decline, well-being

**PsycINFO code:** 3040 Social Perception & Cognition

3370 Health & Mental & Mental Health Services

2860 Gerontology

## Índice Geral

<b>Capítulo I .....</b>	<b>1</b>
1.1. Introdução .....	1
1.2. Revisão da Literatura .....	2
1.2.1. O envelhecimento demográfico: os desafios para uma política de cuidados .....	2
1.2.2. O envelhecimento e os seus efeitos a nível cognitivo .....	3
1.2.3. Programas de Intervenção Cognitiva.....	7
1.2.3.1. Participantes dos Programas de Intervenção Cognitiva.....	8
1.2.3.2. Funções Cognitivas desenvolvidas nos Programas de Intervenção Cognitiva.....	10
1.2.3.3. Duração dos Programas de Intervenção Cognitiva.....	11
1.2.3.4. Sessões dos Programas de Intervenção Cognitiva.....	11
1.2.3.5. Efeitos dos Programas de Intervenção Cognitiva .....	12
1.2.3.6. Programas de Intervenção Cognitiva e os efeitos na Saúde .....	13
1.2.3.7. Atividades desenvolvidas nos Programas de Intervenção Cognitiva .....	15
1.2.3.8. Aspetos psico-sociais nos Programas de Intervenção Cognitiva.....	16
1.2.4. Estereótipos de envelhecimento .....	19
1.2.5. O conteúdo dos estereótipos de envelhecimento: positivo e negativo .....	20
1.2.6. O efeito dos estereótipos positivos e negativos no desempenho das pessoas idosas.....	22
1.3. No presente estudo .....	25
<b>Capítulo II.....</b>	<b>26</b>
2.1. Método.....	26
2.1.1. Amostra .....	26

2.1.2. Materiais .....	26
2.1.3. Procedimento .....	28
<b>Capítulo III .....</b>	<b>29</b>
3.1. Resultados.....	29
3.1.1. Verificação da manipulação dos estereótipos.....	29
3.1.2. Efeitos no desempenho cognitivo.....	30
3.1.3. Efeitos no bem-estar .....	31
<b>Capítulo IV.....</b>	<b>33</b>
Discussão .....	33
4.1. Hipóteses e Resultados .....	33
4.2. Limitações e estudos futuros .....	34
4.3. Implicações práticas .....	35
<b>Referências Bibliográficas.....</b>	<b>37</b>
<b>Anexos .....</b>	<b>46</b>

## Índice de Tabelas

<b>Capítulo I.....</b>	<b>1</b>
Tabela 1. Efeitos do envelhecimento no desempenho cognitivo (Spar e La Rue, 2005) .....	6
Tabela 2. Programas de Intervenção Cognitiva.....	18
<b>Capítulo III .....</b>	<b>29</b>
Tabela 3. Traços estereotípicos segundo a condição experimental .....	29
Tabela 4. <i>Mini-Mental State Exam – MMSE</i> por condição experimental .....	31

## Índice de Gráficos

<b>Capítulo III .....</b>	<b>29</b>
Gráfico 1. Gráfico linear:Bem-estar Subjetivo .....	32

# Capítulo I

## 1.1. Introdução

A Psicologia Social da Saúde intervém ao nível dos processos de interação entre indivíduos e grupos no âmbito da promoção e manutenção da saúde e da recuperação e prevenção à doença.

Este estudo insere-se no âmbito da Psicologia Social da Saúde, uma vez que foca a intervenção cognitiva e os estereótipos de envelhecimento. O objetivo deste estudo é o de compreender a forma como os estereótipos de envelhecimento afetam o desempenho cognitivo e o bem-estar das pessoas idosas.

Dado isto, este estudo inicia-se com uma revisão da literatura sobre o envelhecimento demográfico e os desafios que são colocados, sobre o declínio cognitivo no envelhecimento, sobre os Programas de Intervenção Cognitiva e por fim, sobre os estereótipos de envelhecimento. Após a revisão da literatura serão apresentados os objetivos e as hipóteses deste estudo.

Seguidamente será descrito o método deste estudo, tendo em conta a amostra, os materiais e o procedimento que foram utilizados para colocar este estudo em prática. Neste estudo será ainda feita uma análise sobre os resultados obtidos, expondo gráficos e tabelas para uma melhor compreensão destes.

Por fim, será feita uma discussão sobre o estudo. Esta discussão é constituída por uma reflexão sobre o estudo, onde falaremos sobre os resultados, sobre as hipóteses e a sua verificação ou não e sobre as alterações que podem ser feitas para um estudo futuro. Serão ainda discutidas as implicações deste estudo para a literatura e para a intervenção nesta temática

## 1.2. Revisão da Literatura

### 1.2.1. O envelhecimento demográfico: os desafios para uma política de cuidados

O envelhecimento é um processo universal, complexo e contínuo que acompanha todo o indivíduo ao longo da vida; é um fenómeno normal e inerente à vida universal (Fernandes, 2000). Nas últimas décadas, tem sido notório o aumento da população idosa em Portugal. Em 2010 o INE declarou um aumento da percentagem de pessoas idosas (17,9%), e segundo as Nações Unidas, a dimensão de jovens continuará a diminuir. Em 2050 prevê-se que 21% do total da população sejam pessoas idosas (INE, 2003).

Atualmente, o envelhecimento tem sido um tema de grande preocupação. Esta transformação demográfica traz algumas implicações para as pensões, a prestação de cuidados de saúde, as famílias, as indústrias de lazer (Thompson & Foth, 2005). Ressalta-se ainda a importância de garantir às pessoas idosas, não apenas maior longevidade, mas qualidade de vida, bem-estar e satisfação pessoal. A Organização *Mundial de Saúde (OMS)* (2000) e a *Comissão da União Europeia* (2002) consideram de grande importância todas as medidas, políticas e práticas, que contribuam para um envelhecimento saudável (Gonçalves, 2012). Desta forma, a sociedade está a mudar comportamentos e atitudes, a formar profissionais de saúde e de outras áreas envolvidos na intervenção social e adaptar os serviços de saúde e de apoio social às novas realidades sociais e familiares que acompanham o envelhecimento (Gonçalves, 2012). Diversas áreas, como a medicina e a psicologia, têm cooperado para melhorar a qualidade de vida das pessoas idosas. A medicina tem trabalhado na prevenção das doenças, adiando o seu aparecimento ou diminuindo a sua gravidade (Ferrinho, Bugalhou & Pereira Miguel, 2001) e a psicologia tem cooperado através do desenvolvimento de programas para a promoção e manutenção das funções cognitivas e sociabilização, entre outras (Paúl & Fonseca, 2005). Neste sentido, os Programas de Intervenção Cognitiva têm sido uma das intervenções mais desenvolvidas. É sobre este tema que incide o presente trabalho. Seguidamente fazemos uma revisão das principais mudanças verificadas no envelhecimento ao nível cognitivo e os principais programas de intervenção neste domínio.

### 1.2.2. O envelhecimento e os seus efeitos a nível cognitivo

À medida que o indivíduo envelhece, passa por múltiplas mudanças tanto ao nível biológico como ao nível psicológico. Algumas destas mudanças podem aumentar ou diminuir o bem-estar e a qualidade de vida dos indivíduos (Glisky, 2007). Sabemos que o envelhecimento a nível psicológico tem inerente alterações, principalmente no desempenho cognitivo, afetivo e social (Gonçalves, 2012). Perante esta situação, o envelhecimento e o declínio cognitivo têm sido um problema social e muito importante que vários autores têm vindo a estudar. As mudanças relacionadas com a idade na estrutura e na função cognitiva não são uniformes em todos os domínios cognitivos, nem em todos os indivíduos idosos (Tabela 1) (Glisky, 2007). O envelhecimento, geralmente, está associado ao declínio e à perda de algumas funções (Tardif & Simard, 2011). Segundo Spar e La Rue (2005) as pessoas idosas evidenciam uma grande dificuldade nas tarefas de raciocínio que envolvem uma análise lógica e organizada. No desempenho de tarefas que implicam planear, executar e avaliar sequências complexas de comportamento os idosos costumam revelar-se mais lentos do que os jovens.

As alterações cognitivas mais afetadas nas pessoas idosas são: a atenção, a concentração e o raciocínio indutivo (Schaie & Willis, 1996). Outros autores como Lindeboom et al. (2004) defendem que são atenção, a memória, a capacidade perceptivomotora e a velocidade de processamento. No entanto diversos autores defendem que as funções básicas mais afetadas pela idade são a atenção e a memória (Glisky, 2007). A atenção é um processo cognitivo básico e está associado a praticamente, todas as outras funções cognitivas. O declínio da atenção pode ter efeitos na capacidade de agir de forma adequada e eficiente na vida quotidiana (Glisky, 2007). Alguns estudos revelam que a memória é uma das preocupações mais frequente associada ao envelhecimento (Thompson & Foth, 2005). Aldwin (1990) entrevistou adultos mais velhos sobre os problemas que enfrentavam com o envelhecimento. Uma das queixas mais mencionada foi a deterioração da memória. A maioria das teorias de envelhecimento cognitivo, sugerem que a memória é um dos primeiros alvos do envelhecimento. A memória é uma construção cognitiva que

influencia uma grande variedade de tarefas cognitivas. Como tal uma vez afetada a memória, significa que os indivíduos irão ter dificuldades em realizar determinadas tarefas.

Além de todas estas perdas ocorrentes com o envelhecimento, existem algumas melhorias a nível cognitivo que advêm com o envelhecimento. A ideia de que, durante o envelhecimento, existem ganhos não é assim tão recente. Esta ideia baseia-se na crença de que as pessoas idosas podem desenvolver com a idade, a sabedoria e novas estratégias e um raciocínio mais ponderado. Durante o percurso de vida, o desenvolvimento cognitivo representa uma proporção estabelecida entre perdas, ganhos e funções mantidas (Parente et al., 2006). Dixon (1999) realizou um levantamento das questões e das teorias que envolvem ganhos e melhorias cognitivas durante o envelhecimento. O autor constatou que o conceito de ganho no contexto dos estudos cognitivos sobre envelhecimento era abrangente. Um ganho pode ser uma função cognitiva que melhora com a idade e que se mantém apesar do envelhecimento (Dixon, 1999). Esta visão é a mais otimista em relação ao envelhecimento, uma vez que o seu objetivo é o de realçar os aspetos cognitivos positivos que decorrem com o envelhecimento. Envelhecer significa que o indivíduo ao longo do tempo adquiriu conhecimento e sabedoria. Esta ideia é confirmada pelos estudos científicos que se baseiam nas crenças sobre o envelhecimento. Nesta perspetiva, a sabedoria aumenta com o envelhecimento, uma melhoria considerada como independente do declínio ou da manutenção das restantes funções cognitivas (Parente et al., 2006). A sabedoria pode ser vista como a capacidade que permite a resolução de problemas de uma forma eficiente, desenvolver empatia e aperfeiçoar o raciocínio moral. Por exemplo, como perante um problema as pessoas idosas conseguem chegar a uma solução mais rapidamente do que as pessoas jovens, pois ao longo dos anos acumularam conhecimento e desenvolveram uma sabedoria de soluções e estratégias. Outras funções como o vocabulário e outras competências relacionadas com a palavra e de reconhecimento visual tendem a melhorar com a idade. Em geral, as funções cognitivas que estão associadas à experiência e ao conhecimento acumulado, tendem a melhorar (Spar e La Rue, 2005).

Existem uma série de fatores que parecem influenciar o grau de alteração cognitiva que as pessoas manifestam com a idade. Dois dos fatores que influenciam são a atividade mental e o treino cognitivo. Estudos revelam que as atividades mentalmente estimulantes

estão em correlação com melhor desempenho cognitivo e menor declínio longitudinal e que as pessoas idosas que revelam menor deterioração cognitiva beneficiam da prática e do treino das capacidades cognitivas específicas. Rowe e Kahn (1998) observaram que a perda de funções cognitivas ameaça a oportunidade de as pessoas idosas poderem viver de forma independente, o que faz com que estas se preocupem de forma excessiva, com o declínio cognitivo. Muitas pessoas idosas querem permanecer física e mentalmente saudáveis (Tardif & Simard, 2011) e por isso aderem aos Programas de Intervenção Cognitiva.

Existem várias ideias associadas ao envelhecimento. Segundo Thompson e Foth (2005) a sociedade tem uma visão persistente de que o processo de envelhecimento está associado ao declínio universal, generalizado e irreversível da função cognitiva. É universal porque ninguém está isento dos seus efeitos, generalizado pois afeta uma grande parte das funções intelectuais, e por fim, é irreversível, uma vez que os seus efeitos podem ser adiados, mas não podem ser revertidos. Esta visão continua muito presente na sociedade, no entanto, entre os pesquisadores, esta ideia tem vindo a desaparecer (Perlmutter & Hall, 1992). Existem evidências que demonstram que o declínio cognitivo associado à idade pode ser retardado, embora dentro de alguns limites, através de Programas de Intervenção Cognitiva (Thompson & Foth, 2005).

**Tabela 1. Efeitos do envelhecimento no desempenho cognitivo (Spar e La Rue, 2005)**

<b>Função Cognitiva</b>	<b>Sentido da mudança no envelhecimento</b>	<b>Problema</b>
Inteligência	Estável ou crescente	Pode diminuir ligeiramente em idade muito avançada
Capacidade Perceptivomotora	Em declínio	-----
Atenção	Declínio ligeiro	Dividir a atenção, filtrar o ruído e deslocar a atenção
Linguagem	Estável	Se houver déficit sensorial, existem problemas de comunicação
Compreensão	Estável a declínio ligeiro	Mensagens complexas dificultam a compreensão
Discurso	Variável	Imprecisão e/ou repetição
Memória	Declínio ligeiro a declínio moderado	Menor manipulação da informação na memória e défices de recuperação
Visuo-espacial	Em declínio	Dificuldade em copiar figuras simples
Raciocínio	Em declínio	Redundância e desorganização
Velocidade	Em declínio	Pensamento e ação lentos
Conhecimento/Sabedoria	Estável a progresso	Bom conhecimento acumulado

### 1.2.3. Programas de Intervenção Cognitiva

No que diz respeito aos Programas de Intervenção Cognitiva existem três abordagens essenciais: treino cognitivo, reabilitação cognitiva e estimulação cognitiva. Estas abordagens são complementares, e a escolha de uma abordagem depende dos objetivos e do perfil cognitivo da população. O treino cognitivo geralmente envolve a prática guiada de tarefas padronizadas para aumentar ou manter funções cognitivas específicas, como a memória. Ou seja, os programas de treino cognitivo têm como objetivo intervir através de exercícios, de forma a manter ativas as funções cognitivas (Triadó & Villar, 2007). Os resultados de programas de treino cognitivo em ambas funções revelam melhorias significativas no desempenho das pessoas idosas (Pereira, 2012).

A reabilitação cognitiva é uma abordagem individual, que diz respeito à melhoria de danos cognitivos específicos. As perdas cognitivas podem ser irreversíveis e o objetivo da reabilitação cognitiva é o de retardar a progressão da demência para que assim o idoso possa manter, por um período maior de tempo, autonomia das suas funções cognitivas. Esta abordagem visa trabalhar dificuldades cognitivas como: problemas de memórias, atenção, concentração, linguagem, processamento de informação, entre outras (Tardif & Simard, 2011). As pessoas que aderem à reabilitação cognitiva revelam melhorias significativas nas funções cognitivas, contudo a reabilitação cognitiva tem de ser constante e estável, pois os efeitos podem dissipar-se ao longo do tempo (Pereira, 2012).

Por fim, a estimulação cognitiva promove o envolvimento em atividades que visam melhorar o funcionamento cognitivo e social. Este tipo de programa é importante porque além de desenvolver as funções cognitivas, também focam-se no desenvolvimento de aspetos sociais. Os programas de estimulação cognitiva têm demonstrado resultados positivos na manutenção e na melhoria dos processos cognitivos (Gonçalves, 2012). Estas três abordagens podem ser úteis para pessoas idosas com danos cognitivos, no entanto o treino cognitivo e a estimulação cognitiva adequam-se a pessoas idosas mentalmente saudáveis (Tardif & Simard, 2011).

Os Programas de Intervenção Cognitiva têm sido utilizados para prevenir ou minimizar os efeitos do envelhecimento cognitivo (Reijnders, van Heugten & van Boxtel, 2012). Os estudos mostram que as pessoas beneficiam deste tipo de programas e que as melhorias cognitivas provocadas por estes programas têm efeitos duradouros (Thompson & Foth, 2005). No entanto existem muitas questões envolvidas na eficácia dos Programas de Intervenção Cognitiva. Thompson e Foth (2005) colocaram várias questões como: Quem são os participantes destes programas e como é que selecionados? Que funções cognitivas são desenvolvidas através destes programas? Qual é a natureza da intervenção?

De maneira geral os autores tentaram perceber que linhas de orientação poderiam retirar das pesquisas anteriormente realizadas, para a criação de um Programa de Intervenção Cognitivo ideal para pessoas idosas. Embora a consideração destes aspetos seja importante não existe, que seja do nosso conhecimento, nenhuma sistematização sobre as características destes programas. Neste sentido, procurámos no presente trabalho proceder a esta sistematização. Na Tabela 2 encontra-se um resumo das principais características dos vários Programas de Intervenção Cognitiva que encontramos na literatura. Passamos a descrever em seguida as suas características.

#### **1.2.3.1. Participantes dos Programas de Intervenção Cognitiva**

A maioria dos participantes dos Programas de Intervenção Cognitiva são adultos saudáveis com 60 ou mais anos de idade, sem danos a nível cognitivo. No entanto, autores como Rapp, Brenes e Marsh (2002) optaram por sujeitos com uma diminuição ligeira a nível cognitivo. A idade dos participantes dos Programas de Intervenção Cognitiva pode variar. Por exemplo Schmidt, Berg e Deelman (2001) selecionaram participantes com idades entre os 45 e os 84 anos. Por outro lado, Singer, Lindenberger e Baltes (2003) elegeram participantes com idades compreendidas entre 75 e 101. Verhaeghen, Marcoen e Goossens (1992) mostraram que as intervenções cognitivas que realmente levam a uma melhoria do funcionamento cognitivo das pessoas idosas, mas os efeitos são mais satisfatórios quando os participantes são mais

jovens. Os participantes dos estudos realizados neste âmbito variam conforme os objetivos dos autores. Alguns autores convidavam especificamente participantes que tinham queixas e dificuldades em relação à memória, no entanto a maioria dos autores convidavam qualquer pessoa que estivesse interessado em participar em programas de formação cognitiva (Thompson & Foth, 2005). Os participantes destes programas normalmente são indivíduos provenientes da sociedade que são recrutados através dos meios de comunicação, contudo autores como McDougall (2000) recrutaram indivíduos residentes em lares de pessoas idosas.

Para além da idade, outra forma dos autores selecionarem os participantes é através de testes cognitivos. Vários autores utilizaram o *Mini-Mental State Exam – MMSE* como instrumento para avaliar a função cognitiva dos participantes. Por exemplo Ball, Berch, Helmers, Jobe, Leveck, Morris, Rebok, Smith, Tennstedt, Unverzagt, & Willis (2002) excluíram os participantes que obtiveram pontuações inferiores a 23 pontos. McDougall (2000) incluiu no seu estudo, participantes com pontuações iguais ou superiores a 17 pontos. Brooks, Friedman, Pearman & Yesavage (1999) e Yesavage, Sheick, Friedman e Tanke (1990) definiram como amostra, participantes com uma pontuação igual ou superior a 27 pontos. Mohs, Ashman, Jantzen, Albert, Brandt, Gordon, Rasmusson, Grossman, Jacobs e Stem (1998) utilizaram indivíduos com uma pontuação superior a 25 pontos. Existem, ainda, outras características que Derwinger, Stigsdotter-Neely, Pesson, Hill, & Bäckman (2003) utilizaram para exclusão de participantes do estudo, como: doenças cerebrais degenerativas, doenças psiquiátricas, alcoolismo, perdas de visão, audição ou capacidade comunicativa, depressão, entre outras condições.

Como vemos, estes programas já foram utilizados com um tipo bastante variado de participantes e podem ser úteis a pessoas idosas com diferentes tipos de características.

### 1.2.3.2. Funções Cognitivas desenvolvidas nos Programas de Intervenção Cognitiva

Existe uma grande diversidade do conteúdo e dos objetivos dos Programas de Intervenção Cognitiva, depende sempre a função cognitiva que se pretende melhorar ou desenvolver. A maioria dos estudos têm procurado melhorar a memória, visto que esta é uma das maiores queixas relacionadas com o envelhecimento (Thompson & Foth, 2005). Camp (1998) criou um programa para melhorar a memória através de sequências mnemónicas. McDougall (1999) desenvolveu um Modelo Cognitivo-Comportamental da Memória do dia a dia – *Cognitive-Behavioral Modelo f Everyday Memory* – que incluía promoção de saúde e estratégias para melhorar a memória. Mohs et. al (1998), Stigsdotter-Neely e Bäckman (1993, 2000) e Verhaeghen et al. (1992) são exemplos de outros autores que desenvolveram estudos com o objetivo de melhorar a memória.

Além da memória, existem outras funções cognitivas que alguns autores consideraram importantes desenvolver. Ball et al. (2002) focaram-se no estudo da rapidez de processamento e de raciocínio, assim como de estratégias mnemónicas. Willis and Schaie (1986) estudaram a orientação espacial e o raciocínio indutivo. No que diz respeito ao desenvolvimento das funções cognitivas, existem dois Programas de Intervenção Cognitiva importantes. Cusack, Thompson e Rogers (2003) desenvolveram o programa *Mental Fitness*. Este programa consistia em 8 workshops durante 8 semanas e pretendia desenvolver várias funções cognitivas como: pensamento crítico, aprendizagem e memória. Durante o programa era desenvolvido, com os participantes, uma atitude mental positiva: otimismo, flexibilidade mental, autoestima e confiança. Paggi e Hayslip (1999) criaram o programa *Mental Aerobics* baseado em exercícios espontâneos que desenvolviam o pensamento criativo, orientação espacial, raciocínio através de quizzes, problemas matemáticos entre outras atividades.

Como podemos observar existe uma grande diversidade no conteúdo dos Programas de Intervenção Cognitiva, apesar de a memória ser a função cognitiva mais desenvolvida, existem outras funções cognitivas que também são importantes e necessárias desenvolver.

### **1.2.3.3. Duração dos Programas de Intervenção Cognitiva**

Além da diversidade de conteúdo dos Programas de Intervenção Cognitiva, existe também uma variação significativa no formato dos Programas de Intervenção Cognitiva (Thompson & Foth, 2005). A duração dos Programas de Intervenção Cognitiva varia de estudo para estudo. Um dos programas mais extenso foi realizado por Baltes e Kliegl (1992) teve a duração de 16 meses e os resultados revelaram a existência de melhorias ao nível cognitivo. Contudo os autores consideram que foi um programa muito extenso e que o cansaço e a falta de compromisso com o programa interferiram nos resultados. Por outro lado, Andrewes, Kinsella e Murphy (1996) desenvolveram e aplicaram um programa durante 4 semanas. Para estes autores, os efeitos foram mínimos na função cognitiva pois consideram que durante o período do programa não conseguiram trabalhar todas as funções cognitivas pretendidas. Rowe e Kahn (1998) concluíram que a duração do programa tem um efeito significativo. Os programas podem ser de longo (6 ou mais meses), médio (3-5 meses) ou curto prazo (até 2 meses), os estudos mostram que são os programas a longo prazo, que produzem melhorias cognitivas mais significativas e duradouras.

### **1.2.3.4. Sessões dos Programas de Intervenção Cognitiva**

Em relação à duração das sessões dos programas, esta também varia conforme os objetivos dos autores. As sessões dos programas podem ser de longa (46 – 60 minutos), média (31 – 45 minutos) ou curta duração (15 – 30 minutos). Willis (1990) concluiu que existe uma melhoria cognitiva maior, nas fases iniciais dos Programas de Intervenção Cognitiva e quanto mais espaçadas forem as sessões de treino, maiores são os resultados. Os estudos revelam que as sessões mais eficazes são as de média duração, 31 a 45 minutos. Verhaeghen et al.(1992) concluíram que as sessões longas são menos eficazes, pois o fator cansaço acaba por intervir no processo.

Além da duração da sessão, o tipo de sessão tem sido estudado. Alguns estudos têm sugerido que sessões em grupo são benéficas e que melhoram o desempenho da

memória (Mohs et al. 1998). Por outro lado alguns estudos mostram que não existem resultados concretos acerca dos benefícios das sessões em grupo (Thompson & Foth, 2005). Resumindo, é possível que as sessões em grupo sejam uma vantagem para alguns grupos, no entanto as evidências não revelam a existência de um tipo de sessão com resultados significativos. Thompson e Foth (2005) concluíram que a duração do programa e a duração da sessão são importantes para um programa ser eficaz e significativo, contudo defendem que estes fatores, numa pesquisa futura, devem ser examinados e estudados de forma sistemática. Alguns autores não mencionam o número de sessões dos Programas de Intervenção Cognitiva, referem apenas a duração dos programas.

#### **1.2.3.5. Efeitos dos Programas de Intervenção Cognitiva**

Os estudos nesta área, procuraram investigar se as melhorias resultantes dos Programas de Intervenção Cognitiva para pessoas idosas têm efeitos duradouros. Alguns estudos demonstraram que estes programas têm efeitos a longo prazo (Thompson & Foth, 2005). Por exemplo, Schaie (1993) mostrou que os efeitos no desempenho cognitivo podem durar até 7 anos após a intervenção cognitiva. Stigsdotter-Neely e Bäckman (1993) sugerem que, de forma geral, as melhorias cognitivas são evidentes, em média, 3,5 anos após o Programa de Intervenção Cognitiva. Por outro lado, no estudo de Schimdt, Berg e Deelman (2001), devido a algumas falhas ao nível das sessões, os efeitos no desempenho cognitivo só duraram 3 meses. Os autores optaram por sessões de longa duração, o que revelou ser uma falha, pois os resultados mostraram que após muito tempo a realizar a mesma tarefa, os sujeitos perdiam a motivação e atenção focada. Scogin e Bienias (1988) 3 anos após o Programa de Intervenção Cognitiva verificaram que o desempenho da memória não foi significativamente diferente do que antes da aplicação do programa. Estes resultados sugerem que os efeitos dos programas parecem dissipar-se ao longo do tempo (Scogin & Bienias, 1988). Segundo estes estudos, os efeitos dos Programas de Intervenção Cognitiva são variáveis. Devido às diferenças entre os estudos na seleção dos

participantes, no método de intervenção e nos testes aplicados para avaliar o desempenho dos participantes, é concebível que algumas intervenções tenham efeitos mais duradouros que outras. Logo, podemos concluir que a duração dos efeitos da intervenção depende do tipo, da duração e do êxito da intervenção (Thompson & Foth, 2005).

Após analisar todos estes fatores que influenciam os efeitos dos Programas de Intervenção Cognitiva, Thompson e Foth (2005) procuraram perceber se estes efeitos têm benefícios generalizados para a função cognitiva. Ball et al. (2002) mostraram que as melhorias no desempenho cognitivo decorrentes dos Programas de Intervenção Cognitiva tendem a ser específicos para as funções cognitivas que são ensinadas, e não têm benefícios generalizados para a função cognitiva.

#### **1.2.3.6. Programas de Intervenção Cognitiva e os efeitos na Saúde**

Para além de intervirem na função cognitiva, recentemente surgiram investigações que revelam que os Programas de Intervenção Cognitiva influenciam o bem-estar e a qualidade de vida das pessoas idosas (Gonçalves, 2012). Com a definição de saúde da Organização Mundial da Saúde (1955) é aceite a noção de que a saúde poder ser uma dimensão independente de doença e conceitos como o de qualidade de vida e bem-estar têm cada vez mais importância na investigação e na prática dos cuidados de saúde. Várias das investigações realizadas neste âmbito têm como objetivo desenvolver estratégias para promover o bem-estar e, conseqüentemente, aumentar a qualidade dos anos adicionais, levando os indivíduos a ter um envelhecimento bem-sucedido (Amorim, 2009). Durante o envelhecimento além de haver mudanças a nível cognitivo, existem também alterações a nível afetivo que podem colocar em causa a qualidade de vida e o bem-estar dos indivíduos (Fernandes, 2000). Santos e Santos (2002) mostram que a qualidade de vida e o bem-estar do idoso está associada a vários componentes como: capacidade funcional, estado emocional, interação social, atividade intelectual e saúde. A qualidade de vida é um fator importante para a promoção da saúde física e mental das pessoas (Caneiro, 2011). Guedes, Albuquerque, Tóccolo,

Noriega, Seabra e Guedes (2006) verificaram que o bem-estar subjetivo está associado a um envelhecimento saudável, é um indicador importante de saúde mental e, também, é um sinónimo de felicidade e integração social. Neri (2004) considera as habilidades cognitivas como uma das formas em que a psicologia pode contribuir para o bem-estar das pessoas idosas. De certa forma, as habilidades cognitivas e o bem-estar estão de alguma forma interligados. No entanto são necessários mais estudos nesta área para uma maior compreensão desta relação.

A depressão é muito frequente no indivíduo idoso, e por sua vez, compromete bastante a sua qualidade de vida (Fernandes, 2000). Esta mudança a nível afetivo, é caracterizada, no idoso, através de queixas, baixa autoestima, sentimentos de inutilidades, humor disfórico, alteração do sono e do apetite e pensamento recorrente de suicídio (Gonçalves, 2012). A literatura tem demonstrado uma relação entre o declínio cognitivo e a sintomatologia depressiva (Green et al., 2003). Yassuda, Lasca e Neri (2005) mostraram que as pessoas idosas são mais vulneráveis a auto-eficácia baixa, pois são constantemente bombardeados e, conseqüentemente afetados, pelos estereótipos negativos sobre o envelhecimento. Neste sentido, alguns autores têm chamado atenção para o facto de a participação e a integração de pessoas idosas em atividades educacionais, o apoio das relações familiares e as interações satisfatórias favorecem o aumentos da auto-eficácia e, conseqüentemente, o aumento do bem-estar e da qualidade de vida na velhice. Os resultados do estudo de Gonçalves (2012) mostraram que através de um Programa de Intervenção Cognitiva é possível aumentar o bem-estar e diminuir a sintomatologia depressiva, o que vai de encontro aos resultados de outras investigações já realizadas nesta área.

A qualidade de vida na velhice tem sido, muitas vezes, associada a questões de dependência-autonomia. As dependências podem surgir tanto ao nível físico como ao nível cognitivo (Sousa, Galante & Figueiredo, 2003) por esta razão, e como já mencionado anteriormente, as pessoas aderem aos Programas de Intervenção Cognitiva. Num estudo recente Irigaray, Schneider e Gomes (2011) procuraram investigar os efeitos de um Programa de Intervenção Cognitiva na qualidade de vida e no bem-estar de pessoas idosas saudáveis. No que diz respeito aos resultados do estudo, verificou-se

que, após o Programa de Intervenção Cognitiva, as pessoas idosas do grupo experimental, apresentaram um melhor desempenho cognitivo nas funções da atenção, memória, linguagem, praxias, resolução de problemas e funções executivas, quando comparadas com os participantes do grupo de controlo. Em relação ao bem-estar os resultados ocorreram no mesmo sentido, sendo que as pessoas idosas do grupo experimental apresentaram melhores percepções de qualidade de vida e de bem-estar do que as pessoas pertencentes ao grupo de controlo.

Estes dados sugerem que os efeitos dos Programas de Intervenção Cognitiva se estenderam a outras dimensões, levando a uma melhoria significativa da percepção de qualidade de vida e do bem-estar dos participantes deste estudo.

#### **1.2.3.7. Atividades desenvolvidas nos Programas de Intervenção Cognitiva**

Como já foi referido, os Programas de Intervenção Cognitiva desenvolvem várias funções cognitivas. Por esta razão são várias as atividades que os autores utilizam nos Programas de Intervenção Cognitiva. A atividade utilizada varia conforme a função cognitiva que os autores pretendem desenvolver. Por exemplo, Castro (2001) e mais tarde Gonçalves (2012) pretendiam desenvolver funções cognitivas como a memória, atenção, concentração, percepção, raciocínio, pensamento, imaginação, linguagem, capacidade visuo-espacial e associação de ideias. Para tal desenvolveram um Programa de Intervenção Cognitiva, com a duração de 16 sessões, onde, em cada sessão, os participantes realizavam as mais variadas tarefas, desde jogos de integração, jogos teatrais para estimular a criatividade, partilha de experiências, entre outras atividades (ver Tabela 2). McDougall (2000) tinha como objetivo melhorar a memória e, para tal, desenvolveu um programa onde a atividade base era leitura de um livro: “Teaching Memory Improvement to Adults” (Fogler & Stearn, 1994). Este programa era mais teórico do que prático, pois durante 8 sessões os participantes aprendiam sobre: como funciona a memória, como a memória se altera com a idade, sobre os fatores que afetam a memória em todos os grupos etários, técnicas de melhoria de memória - estratégias internas e externas. Não existem evidências que demonstrem que existem atividades

mais eficazes do que outras, simplesmente é necessário adequar as atividades à população em estudo e à função cognitiva que se pretende desenvolver.

#### **1.2.3.8. Aspectos psico-sociais nos Programas de Intervenção Cognitiva**

Apesar de não ser considerado, pelos autores, nos Programas de Intervenção Cognitiva, existem aspectos sociais envolvidos nestes programas. Os aspectos sociais incidem sobre todas as questões relacionadas com a ligação do indivíduo aos seus grupos e contextos onde se inserem. Os Programas de Intervenção Cognitiva têm como objetivo fulcral o desenvolvimento de funções cognitivas, no entanto existem programas que tentam ir um pouco mais além e trabalhar outros aspectos como a socialização. Por exemplo Troyer (2001) e Apóstolo, Cardoso, Marta e Amaral (2011) são autores que realizaram intervenções em grupo de forma a promover a socialização entre os participantes dos programas. Estes programas foram aplicados num lar de pessoas idosas e no final de ambas as intervenções, os participantes afirmaram estar mais à vontade para interagir com os outros indivíduos e que se sentiam todos membros de um único grupo. Já Paggi e Hayslip (1999) quiseram intervir ao nível da autoestima da população idosa. Por serem expostos frequentemente a estereótipos negativos, as pessoas idosas acabam por ser afetadas e terem uma autoestima auto-estima baixa. Os resultados destes estudos mostraram um aumento significativo da autoestima das pessoas idosas após a participação no estudo. Apesar de serem abordados pelos autores, os aspectos sociais não costumam ser importantes nem o ponto central dos Programas de Intervenção Cognitiva.

Em suma, nesta secção procurámos resumir as principais características dos Programas de Intervenção Cognitiva para pessoas idosas. Em termos gerais podemos dizer que os Programas de intervenção Cognitiva são muito variáveis. De todos os aspetos mencionados na Tabela 2, podemos concluir que não existe um Programa de Intervenção Cognitiva padrão e que tudo depende dos autores e das funções cognitivas que se pretende desenvolver. São reduzidos os programas que trabalham aspetos de cariz mais social. Normalmente, as atividades que se realizam assumem um carácter neutro em relação a estes aspetos. No presente estudo, o nosso objetivo é o de considerarmos estes tipos de aspetos no âmbito dos Programas de Intervenção Cognitiva com pessoas idosas. Especificamente, estamos interessados em compreender como é que a ativação de estereótipos de envelhecimento pode interferir no sucesso deste tipo de intervenções. Seguidamente, fazemos uma revisão sobre os estudos realizados que permitem elucidar sobre o tipo de relação esperado entre este tipo de representações e o desempenho cognitivo e o bem-estar das pessoas idosa.

#### 1.2.4. Estereótipos de envelhecimento

Os estereótipos são representações cognitivas sobre grupos e categorias sociais, muitas vezes, socialmente partilhados (Garcia-Marques & Garcia-Marques, 2003). Os estereótipos são estruturas de conhecimento, organizadas na memória, que envolvem associações entre categorias e tipos diferente de atributos, e que podem influenciar a forma como a informação é codificada, armazenada e recuperada (Schneider, 2005). Estes podem referir-se a diferentes tipos de categorias e podem ser compostos por diferentes tipos de qualidade (e.g. traços, comportamentos...) (Marques, 2009). São úteis para o quotidiano e permitem-nos fazer interpretações sobre os grupos sociais existentes. Por exemplo, através destes conseguimos reconhecer uma pessoa idosa quando esta entra no autocarro. Este fator é importante, porque permite-nos estabelecer que as pessoas idosas rapidamente ficam cansadas e por isso têm o direito de se sentar (Marques, 2009). Vários autores defendem que os estereótipos são importantes porque têm várias funções a diferentes níveis. Segundo Lippman (1922) os estereótipos têm duas grandes funções: heurística e defensiva. Os estereótipos têm uma função heurística porque permitem-nos simplificar e dar sentido ao nosso ambiente complexo (Lippman, 1922). Através das “imagens da nossa cabeça” conseguimos entender as intenções e os comportamentos dos outros indivíduos nas situações sociais complexas com que lidamos todos os dias. Contudo, os estereótipos também têm a função de defesa no nosso sistema social. O conteúdo dos estereótipos não é nem social, nem é politicamente neutro. Na realidade, é composto de forma a justificar psicologicamente as diferenças de *status* social e as desigualdades sociais (Marques, 2009).

A interiorização dos estereótipos de envelhecimento começa na infância. Num estudo de Seefeldt et al., (1977) 67% das crianças, da pré-primária ao sexto ano, identificaram a pessoa idosa como: abandonada, incapaz de cuidar de si e passiva. Quando foi perguntado às crianças como é que elas se iriam sentir quando envelhecessem, 60% das crianças deram respostas de cariz negativo (e.g. “Iria sentir-me horrível”). Burke (1981) realizou, também, um estudo com crianças, dos 4 aos 7 anos, onde 66% mencionaram que preferiam não envelhecer. Devine (1989) propôs que os estereótipos são aprendidos e reforçados devido à sua prevalência na sociedade, e são ativados automaticamente após encontros com os membros

dos grupos estereotipados. Vários estudos têm se focado em estereótipos relacionados com a raça e o género, mas tem sido notório o aumento dos estudos relacionados com os estereótipos de idade (Levy, 2003).

### **1.2.5. O conteúdo dos estereótipos de envelhecimento: positivo e negativo**

Os estereótipos de envelhecimento estão frequentemente associados a atributos negativos. Contudo, existem também traços de carácter tendencialmente positivo (Alves, Moreira & Nogueira, 2013). O estereótipo positivo é aquele em que as atribuições feitas ao grupo têm uma componente positiva (e.g. todos as pessoas idosas são cautelosos). Já o estereótipo negativo, passa por adjetivações negativas (e.g. todos as pessoas idosas são doentes) (Alves, Moreira & Nogueira, 2013). Existem vários fatores que explicam o porquê das representações negativas face ao envelhecimento. O primeiro diz respeito ao facto de as pessoas idosas já não serem trabalhadores ativos e, hoje em dia, a sociedade valoriza a produtividade. O segundo fator refere-se ao facto de as pessoas idosas serem vistos como um fardo para a sociedade, devido à quantidade de investimento que o governo faz em programas de envelhecimento. Por fim, as pessoas idosas são vistas, pela sociedade, como uma lembrança ameaçadora sobre a mortalidade (Marques, 2009). É a partir destas ideias que a sociedade desenvolve estereótipos negativos de envelhecimento. Segundo Greenberg, Shimel e Martens (2002) as gerações jovens têm receio de perder a sua beleza, saúde, sensação e por fim têm medo da morte. Dado isto, os jovens tendem a negligenciar as pessoas idosas e o processo de envelhecimento. Todos estes fatores contribuem para a estigmatização das pessoas idosas (Marques, 2009). Esta visão em relação às pessoas idosas, já vem de outros tempos históricos. Thanos (2005) refere que o facto de as pessoas idosas possuírem um baixo *status* já vem de outras épocas. Aliás esta visão negativa sobre o envelhecimento e as pessoas idosas tornou-se muito comum, contudo ao longo do tempo, tem também existido pessoas idosas conceituadas e respeitadas. Textos antigos revelam que nem todas as pessoas idosas eram retratadas de uma forma negativa. Aliás, “sabedoria” sempre foi um traço associado ao envelhecimento positivo (Marques, 2009).

Um aspeto a considerar é que a maneira como os indivíduos percecionam o *status* das pessoas idosas na sociedade parece ser um importante preditor dos estereótipos associados com esta categoria. Segundo o Modelo de Conteúdo dos Estereótipos (SCM) proposto por Fiske, Cuddy, Glick e Xu (2002) o facto de as pessoas considerarem o envelhecimento como baixo *status* e como uma categoria social não competitiva está significativamente relacionada com o facto de as pessoas idosas serem percecionadas de uma forma incompetente e afetuosa. Apesar de normalmente serem vistas como pertencentes à categoria de baixo *status*, as pessoas idosas são percecionadas de uma forma mista: são caracterizadas através de traços negativos (e.g. incompetente), mas ao mesmo tempo, também, estão associadas a traços positivos (e.g. afetuosas). Esta ideia, de que a representação do envelhecimento é diversificada e envolve componentes diferentes, tem sido a base de toda a investigação sobre o conteúdo dos estereótipos de envelhecimento (Marques, 2009). Brewer, Dull e Lui (1981) foram os primeiros autores a defender que a categoria “idoso” representa uma categoria superordenada que inclui várias subcategorias. Estes autores argumentaram que uma categoria como “os idosos” era demasiado ampla para incluir todas as atitudes em relação aos idosos com precisão. Brewer et al. (1981) exploraram a existência de subgrupos da categoria “idoso” entre estudantes universitários. *À priori* definiram três subcategorias para as pessoas idosas: avó, representando uma mulher idosa orientada para a família; cidadão sénior: representando o estereótipo de uma pessoa idosa isolada, inativa, de ambos os sexos; e um governante idoso, representando a imagem de um cavalheiro conservador, respeitado e ilustre. Era pedido aos participantes para escolherem fotos que representassem cada subgrupo em categorias de pessoas que podiam ser agrupadas juntas. Os participantes classificaram as fotos como era esperado e atribuíram traços consistentes com cada subgrupo (e.g. “amável” para avó, “digno” para o governante e “sozinho” para o cidadão sénior). Schmidt e Boland (1986) realizaram um estudo para determinar os subgrupos de “idoso” sem categorias definidas *à priori*. Os autores utilizaram um formato de resposta livre, e pediram a estudantes universitários para descrever as típicas pessoas idosas. Os resultados apoiaram a ideia de que os estereótipos associados às pessoas idosas são complexos e incluem características opostas como: “sedentário-ativo” ou “rico-pobre”. Num segundo estudo, perguntaram a um grupo diferente de estudantes universitários para colocar os 99 traços, dados pelo grupo anterior, em grupos. Através deste

estudo surgiram vários subgrupos de “idoso”, uns positivos e outros negativos. Segundo os autores estes resultados sugerem que as atitudes negativas e a derrogação das pessoas idosas não podem ser generalizadas, na verdade podem estar associadas a subgrupos de estereótipos mais negativos (Schimdt & Boland, 1986).

Todos estes estudos remetem para a mesma conclusão: os estereótipos de envelhecimento são heterogêneos. Na verdade, existem múltiplas variáveis que podem ser importantes quando pensamos no grupo das pessoas idosas. Primeiro, a idade é muito importante. Os estudos sugerem que existem diferenças na forma como as pessoas pensam na idade “jovem” e na idade “idoso”. A idade não é unitária, os “jovens” idosos são vistos de uma forma mais positiva do que os “idosos” idosos (Kite e Wagner, 2005). Além da idade, o gênero também é importante. Segundo Kite et al. (2005) existem diferenças nas percepções de mulheres e homens idosos. Geralmente as pessoas pensam que as mulheres envelhecem mais rapidamente que os homens, e por isso são estereotipadas negativamente mais cedo do que os homens (Hummer, Gartska e Shaner, 1997).

Como vimos até agora, os estereótipos de envelhecimento têm uma componente mista: o envelhecimento visto como positivo e negativo em simultâneo. No entanto, os estudos anteriormente referidos sugerem que os estereótipos negativos prevalecem mais do que os estereótipos positivos de envelhecimento.

#### **1.2.6. O efeito dos estereótipos positivos e negativos no desempenho das pessoas idosas**

Existe a noção de que os estereótipos podem ser automaticamente ativados no contexto social e que influenciam as respostas dos indivíduos. Devine (1989) propôs que os estereótipos se tornam sobre aprendidos devido à sua prevalência na sociedade e são ativados automaticamente quando existe contacto com os membros dos grupos estereotipados. São várias as razões que explicam este efeito. Primeiramente, os estereótipos são aprendidos logo na infância, e como consequência estes têm uma longa história de ativação e são facilmente acessíveis. Vários autores argumentaram que a simples percepção de características - como gênero, idade e raça - de um grupo, é o suficiente para ativar a respetiva categoria e, geralmente, também o estereótipo associado ao grupo. Este estereótipo pode influenciar os

juízos e os comportamentos dos indivíduos de um grupo de uma forma não intencional, e sem consciência (Marques, 2009).

Os estudos que exploram os efeitos automáticos dos estereótipos utilizam a técnica de primação. A primação é uma técnica experimental que se refere à influência que um acontecimento anterior (estímulo) tem sobre o desempenho de um acontecimento posterior (alvo). Nesta técnica, é suposto que uma palavra pode ser acessada mais rapidamente se for precedida por outra palavra com a qual partilhe características (França, Lemle, Pederneira & Gomes, 2005). Os estudos de primação interessam-se em estudar a ativação temporária de representações mentais de um indivíduo e os efeitos dessa ativação em várias medidas dependentes (Marques, 2009). O uso da técnica de primação tem vindo a evoluir dentro do campo sócio-cognitivo (Bargh, 2006). Com o desenvolvimento desta técnica surgiram diferentes modos de primação e técnicas que envolviam a primação de estímulos em diferentes níveis de consciência (e.g. técnica supraliminar e técnica subliminar). Existem diferentes níveis em que um indivíduo pode estar consciente ou inconsciente da primação dado a um constructo. Numa primação supraliminar ou consciente o participante é exposto a estímulos como parte de uma tarefa consciente. Ou seja, o indivíduo está completamente consciente da primação do estímulo em si, mas não tem consciência do poder de influência que este pode ter no seu comportamento. Os estudos de primação subliminar, em Psicologia Social assumem que o participante não tem acesso ao estímulo que foi primado. (Bargh & Chartrand, 2000).

Existem várias evidências que demonstram que o desempenho das pessoas idosas é afetado pela ativação automática de estereótipos de envelhecimento. Baseada na ideia de que os estereótipos de envelhecimento têm um conteúdo misto, Levy (2003) desenvolveu vários estudos onde primou as pessoas idosas com traços positivos ou negativos associados ao envelhecimento de uma forma subliminar. Estes estudos revelaram resultados consistentes, mostrando que as pessoas idosas que eram primadas com traços negativos do estereótipo de envelhecimento tinham um desempenho menor (em vários domínios) do que as pessoas que eram primadas com traços positivos. No seu estudo mais importante neste tema, Levy (1996) desenvolveu uma técnica de primação subliminar onde primou as pessoas idosas com traços de envelhecimento positivos (e.g. sábio) e negativos (e.g. senil) e mediu o desempenho da

memória como variável dependente. Os resultados mostraram que as pessoas que eram primadas com traços negativos tinham um menor desempenho da memória em quatro testes, do que aquelas que eram primadas com traços positivos. Este resultado foi reaplicado em outros domínios como: escrita (Levy, 2000), *stress* cardio-vascular (Levy et al., 2000) e na velocidade de caminhar (Hausdorff et al., 1999). Levy, Ashman e Dror (1999-2000) revelaram que a primação subliminar do envelhecimento influenciava as necessidades básicas dos indivíduos, como a vontade de viver. Seguindo o mesmo padrão dos estudos anteriores, os resultados revelaram que as pessoas primadas com estereótipos de envelhecimento negativos tendem a rejeitar intervenções de prolongamento de vida, por outro lado as pessoas primadas com estereótipos positivos tendem a aceitar estas intervenções. Este estudo foi recentemente replicado para Portugal por Marques, Lima, Abrams & Swift (in press). Todos estes estudos apontam para a mesma direção: quando os estereótipos de envelhecimento são automaticamente ativados, as pessoas idosas agem em conformidade com o tipo de conteúdo (mais positivo ou negativo) que é ativado.

### 1.3. O presente estudo

Este estudo tem como principal objetivo verificar se a ativação de estereótipos de envelhecimento, através de uma tarefa de estimulação cognitiva, pode ter efeitos no desempenho cognitivos e no bem-estar das pessoas idosas. O nosso objetivo é desenvolver uma tarefa típica neste tipo de programa – uma atividade de leitura – onde primamos estereótipos negativos ou positivos de envelhecimento. Nesta atividade, procuraremos comparar estas condições com uma situação neutra onde é apresentada uma atividade de leitura neutra, sem ativação de conteúdo estereotípico e com um carácter semelhante àquele que é apresentado tradicionalmente em Programas de Estimulação Cognitiva desta natureza.

Portanto, as Hipóteses deste estudo serão:

**H1:** A atividade de leitura de uma história que ativa os estereótipos positivos de envelhecimento vai influenciar positivamente o desempenho cognitivo da população idosa em comparação com uma história negativa e neutra.

**H2:** Espera-se que a ativação dos estereótipos positivos de envelhecimento influencie o bem-estar subjetivo no sentido em que este deverá ser maior na condição positiva do que na condição neutra e negativa.

**H3:** Espera-se que o desempenho cognitivo tenha efeitos mediadores entre a ativação de estereótipos de envelhecimento e o bem-estar subjetivo das pessoas idosas.

Desta forma, os objetivos deste estudo são ativar os estereótipos positivos e negativos durante a leitura de um texto sobre uma personagem idosa, e avaliar se têm ou não impacto no desempenho cognitivo e no bem-estar das pessoas idosas.

## Capítulo II

### 2.1. Método

#### 2.1.1. Amostra

A amostra deste estudo foi recolhida na Junta de Freguesia da Lapa e no Lar Recolhimento de Nossa Senhora do Carmo da Lapa. A amostra final foi constituída por um total de 60 sujeitos do sexo feminino, residentes da Freguesia da Lapa, com capacidades cognitivas suficientes para a leitura e compreensão das histórias.

No que diz respeito à caracterização sociodemográfica, os participantes tinham idades compreendidas entre os 57 e os 85 anos ( $M= 67,83$ ;  $DP= 6,8$ ). A maioria dos participantes eram reformados (71,7%) e frequentavam Centros de Ocupação dos Tempos Livres (85%). Quanto às habilitações literárias uma grande parte dos participantes frequentou a Universidade/ Politécnico (40%). Os participantes avaliaram globalmente a sua saúde como média (48,3%).

#### 2.1.2. Materiais

*Ativação dos estereótipos.* A medição da ativação dos estereótipos foi feita através de histórias. Foram criadas duas histórias, uma negativa (ver Anexo A) e uma positiva (ver Anexo B), com o objetivo de ativar os estereótipos positivos e negativos durante a leitura das histórias. Com a história positiva pretendia-se ativar traços positivos como: sábios, maduros, sociáveis e calmos. Por outro lado, com a história negativa pretendia-se ativar traços negativos como: doentes, dependentes, lentos e esquecidos. Estes 8 traços foram escolhidos em específico pois, segundo Marques (2009), estes são os traços que os sujeitos mais associam a pessoas idosas de ambos os sexos. Foi também criada uma versão neutra.

As histórias foram criadas com base no livro *Contos para Curar e Crescer* de Michel Dufour, uma vez que este livro já tinha sido utilizado num programa de leitura para pessoas idosas. As histórias tinham um tamanho e estrutura semelhante às atividades de leitura. Para a

condição neutra foi utilizada uma história (ver Anexo C) que não ativasse qualquer tipo de estereótipo de envelhecimento. Esta foi retirada de um programa de leitura para pessoas idosas. A verificação da manipulação foi realizada através de uma pergunta: “Que características utiliza para descrever esta senhora?” durante a análise das histórias (ver Anexo D). Conforme os participantes descreviam e diziam os adjetivos que a caracterizavam a personagem da história, estes eram assinalados numa ficha (ver Anexo E). A análise de conteúdo dos adjetivos permitiu verificar se a manipulação do conteúdo estereotípico resultou de acordo como o esperado.

Foi realizado um pré-teste das histórias a três pessoas idosas de um lar de pessoas idosas. Perante este pré-teste foram realizadas algumas alterações em relação à história negativa, pois existiam um parágrafo que descrevia a personagem da história como trabalhadora e outras características positivas. Como tal, os participantes focavam-se mais nos aspetos positivos do que no facto de a personagem ser “doente” ou “dependente”. No final da sessão foi perguntado aos participantes se achavam a tarefa difícil e qual achavam ser o propósito da atividade. Os resultados mostraram que as histórias ativavam os estereótipos pretendidos. Muitas das vezes não os disseram especificamente, mas utilizaram sinónimos (e.g. “problemas de saúde = doente”).

*Desempenho Cognitivo.* Para avaliar o desempenho cognitivo dos participantes foi utilizado o *Mini-Mental State Exam – MMSE* (Folstein, Folstein & McHugh, 1975): (Mini-Exame do Estado Mental, versão portuguesa de Guerreiro et al., 2003) (ver Anexo E). Este instrumento é o mais utilizado para avaliação da função cognitiva e rastreamento de quadros demenciais. É composto por 11 questões que testam seis aspetos do funcionamento cognitivo: orientação, retenção, atenção e cálculo, evocação, linguagem e habilidade construtiva. Este instrumento tem um score total de 30 pontos e cada resposta correta equivale a 1 ponto. O score total é calculado através de uma soma de todos os pontos.

*Bem-estar Subjetivo.* Para medir o bem-estar subjetivo dos participantes foi utilizada a Escala de Satisfação com a Vida (Diener, 2000) (ver Anexo F). Apesar de ser um instrumento só com 2 itens, estes revelam-se muito eficazes para medir o juízo subjetivo que os indivíduos fazem sobre o seu grau de bem-estar. Este é um instrumento fiável e válido para a população em estudo ( $\alpha = 0,93$ ).

### **2.1.3. Procedimento**

Os participantes foram contactados individualmente para participarem num estudo sobre a leitura de histórias. Conforme eram contactados, os participantes foram colocados aleatoriamente nas três condições existentes. O estudo decorreu em uma sessão individual para cada participante e teve o formato de um Programa de Leitura. Inicialmente foi lida a história em alta voz pelo experimentador. Após esta primeira leitura, o participante leu a história em alta voz para ajudar a interiorizar a história. No final foi feita uma análise da história, em conjunto, de acordo com a proposta dos programas de leitura existentes. Durante a análise eram feitas perguntas de reflexão sobre a história. Após a análise da história foi aplicado o MMSE – Mini Mental State Exam para avaliar o impacto da história no desempenho cognitivo. Para finalizar o estudo, foi pedido aos participantes para preencherem um questionário (ver Anexo 7) individualmente que continha a medida de bem-estar subjetivo e algumas questões demográficas. Como forma de valorizar a participação dos sujeitos neste estudo, no fim de cada sessão foi entregue um certificado de participação (ver Anexo 8), em que se ativaram estereótipos positivos de envelhecimento e um brinde a cada participante.

## Capítulo III

### 3.1. Resultados

#### 3.1.1. Verificação da manipulação dos estereótipos

Para verificar se a manipulação da ativação do conteúdo estereotípico teve resultado foi realizada uma tabela de cruzamento para verificar a relação entre os adjetivos referidos pelos participantes em relação à personagem da história e a condição. De modo geral, podemos verificar, que houve uma ativação dos estereótipos por condição, exceto na condição da história neutra, pois este não era o nosso objetivo. Os resultados mostram que os estereótipos negativos foram maioritariamente ativados na condição negativa, enquanto os estereótipos positivos foram ativados na condição positiva. Na condição neutra não foram quaisquer traços estereotípicos. Contudo verifica-se que na condição negativa houve ativação de alguns estereótipos positivos.

*Tabela 3. Traços estereotípicos segundo a condição experimental*

	Traços referidos relativamente à personagem da história	Estereótipo Positivo	Estereótipo Negativo	Neutro	$\chi^2$	df	P
N	Doentes	0	12	0	30,00	2	0,000
E	Lentos	0	2	0	4,14	2	0,126
G	Esquecidos	0	15	0	40,00	2	0,000
A	Dependentes	0	12	0	30,00	2	0,000
T	Idosa	0	1	0	2,03	2	0,362
I	Triste	0	11	0	26,94	2	0,000
V	Defraudada	0	1	0	2,03	2	0,362
O	Azeda	0	1	0	2,03	2	0,362
S	Vulgar	0	1	0	2,03	2	0,362

	Sociáveis	11	0	0	26,94	2	0,000
	Maduros	0	0	0	-	-	-
	Sábios	4	0	0	8,57	2	0,014
	Calmos	6	0	0	13,33	2	0,001
	Trabalhadora	3	5	0	5,48	2	0,065
	Empreendedora	1	0	0	2,03	2	0,362
<b>P</b>	Lutadora	0	2	0	4,14	2	0,126
<b>O</b>	Ativa	15	0	0	40,00	2	0,000
<b>S</b>	Útil	0	1	0	2,03	2	0,362
<b>I</b>	Solidária	1	1	0	1,03	2	0,596
<b>T</b>	Serena	0	1	0	2,03	2	0,362
<b>I</b>	Bondosa	1	1	0	1,03	2	0,596
<b>V</b>	Amiga	1	1	0	1,03	2	0,596
<b>O</b>	Influente	4	0	0	8,57	2	0,014
<b>S</b>	Dinâmica	4	0	0	8,57	2	0,014
	Simpática	1	0	0	2,03	2	0,362
	Energética	1	0	0	2,03	2	0,362
	Motivada	1	0	0	2,03	2	0,362
	Alegre	5	0	0	10,91	2	0,004
	Paciente	2	0	0	4,14	2	0,126
	Ajudadora	2	2	0	2,14	2	0,343
	Independente	4	0	0	8,51	2	0,014

### **3.1.2. Efeitos no desempenho cognitivo**

Para analisar os efeitos da ativação dos estereótipos no desempenho cognitivo foi realizada uma One-way ANOVA, onde o fator foi a condição e a variável dependente foi cada secção do *Mini-Mental State Exam – MMSE* (Orientação, Retenção, Atenção e Cálculo,

Evocação, Linguagem e Habilidade Construtiva) e o score total. Com este teste pretende-se avaliar se existem diferenças significativas do *Mini-Mental State Exam – MMSE* nas três condições experimentais existentes.

**Tabela 4. Mini-Mental State Exam por condição experimental**

	Negativo		Positivo		Neutro		F	P	$\eta^2$
	M	DP	M	DP	M	DP			
Orientação	9,65	0,67	9,70	0,57	9,75	0,72	0,116	0,890	0,004
Retenção	3,00	0,00	3,00	0,00	3,00	0,00	-	-	-
Atenção e Cálculo	4,35	0,93	4,65	0,49	4,68	0,68	0,985	0,380	0,182
Evocação	2,30	0,73	2,60	0,68	2,60	0,50	0,246	1,437	0,219
Linguagem	8,00	0,00	7,95	0,22	8,00	0,00	1,000	0,374	0,335
Habilidade Construtiva	1,00	0,00	1,00	0,00	1,00	0,00	-	-	-
Mini-Mental Total	28,30	1,45	28,90	1,21	28,95	1,43	1,395	0,256	0,215

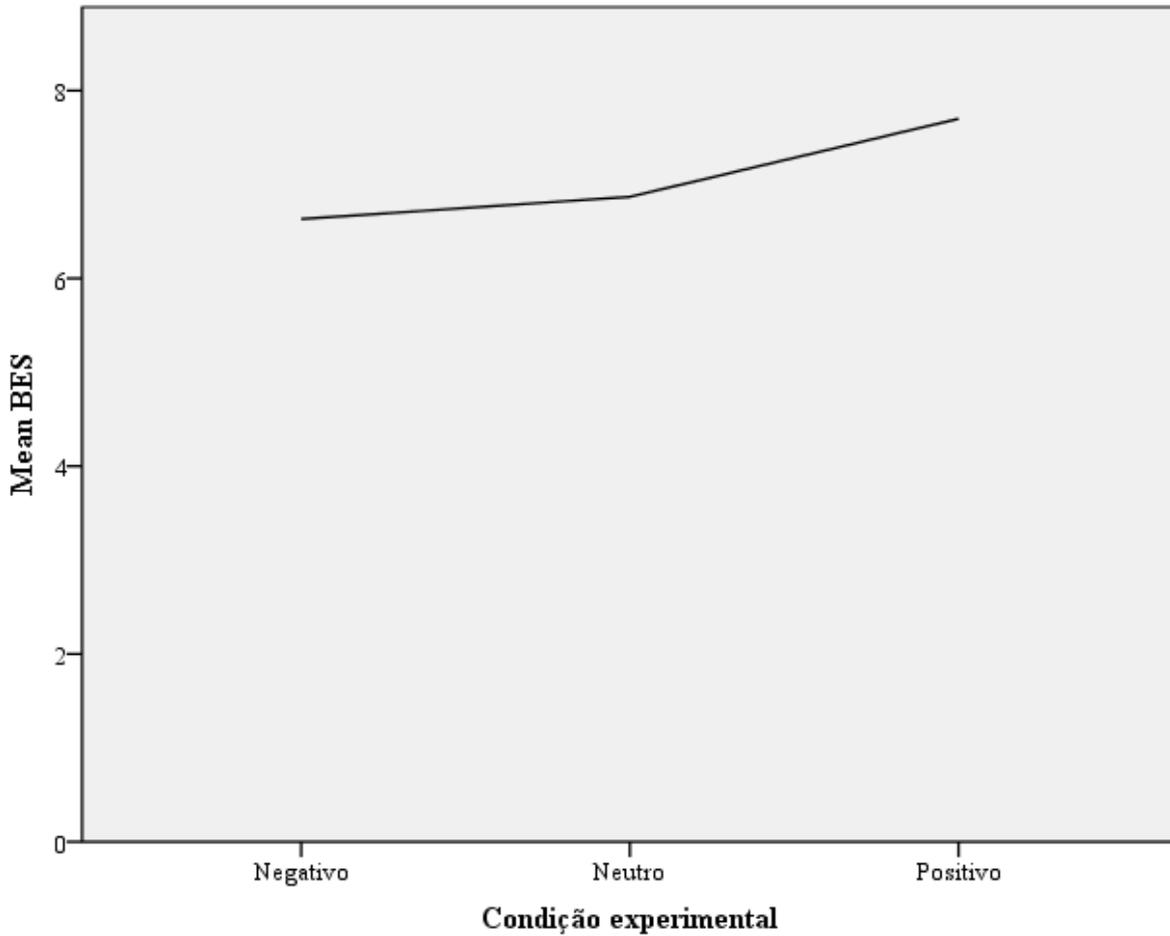
Os resultados não revelaram a existência de efeitos da ativação de estereótipos no desempenho cognitivo.

### **3.1.3. Efeitos no bem-estar**

No que diz respeito ao bem-estar foi realizada uma One-Way ANOVA, o fator foi a condição e a variável dependente foi o bem-estar. Os resultados mostram a existência de um efeito marginal do bem-estar ( $F= 2,078$ ;  $p=0,072$ ; teste unilateral). Podemos verificar, através do gráfico 1, a existência de um termo linear pois o bem-estar vai aumentando proporcionalmente ao longo das condições experimentais ( $M_{neg} = 6,63$ ,  $DP_{neg} = 2,36$ ;  $M_{neu}$

= 6,87,  $DP_{neu} = 1,50$ ;  $M_{pos} = 7,70$   $DP_{pos} = 1,08$ ). A tendência linear representa uma mudança crescente do valor do bem-estar entre as diferentes condições. Através do Gráfico 1, observamos que existe uma tendência linear positiva.

**Gráfico 1. Gráfico linear: Bem-estar Subjetivo**



## Capítulo IV

### Discussão

#### 4.1. Hipóteses e Resultados

Com este estudo pretendeu-se verificar o impacto que os estereótipos de envelhecimento podem ter no desempenho cognitivo e no bem-estar das pessoas idosas. O objetivo deste estudo era o de ativar os estereótipos positivos de envelhecimento através de uma atividade de leitura.

A primeira hipótese deste estudo sugeria que a atividade de leitura de uma história que ativasse os estereótipos positivos de envelhecimento iria influenciar positivamente o desempenho cognitivo da população idosa em comparação com uma condição de ativação neutra ou negativa. A segunda hipótese presumia que a ativação dos estereótipos positivos de envelhecimento influenciaria o bem-estar subjetivo das pessoas idosas no mesmo sentido. Por último, a terceira hipótese previa que o desempenho cognitivo tivesse efeitos mediadores entre a ativação de estereótipos de envelhecimento e o bem-estar subjetivo das pessoas idosas.

Depois de analisar os resultados do estudo constatamos que a segunda hipótese do nosso estudo foi confirmada.

A confirmação da segunda hipótese indica que os estereótipos positivos de envelhecimento influenciaram de uma forma progressivamente linear o bem-estar subjetivo dos participantes. Ou seja, houve um aumento do bem-estar subjetivo marginal entre as condições experimentais. Este resultado vai de encontro à literatura que mostram que a ativação de estereótipos de envelhecimento pode afetar os comportamentos e as reações das pessoas idosas. De modo interessante, mostramos como uma atividade de leitura que ativa os estereótipos positivos de envelhecimento pode ter efeitos benéficos no bem-estar subjetivo das pessoas idosas.

No entanto, não pudemos confirmar a primeira hipótese e central do nosso estudo já que não se verificaram efeitos da ativação dos estereótipos no desempenho cognitivo.

Julgamos que a não confirmação desta poderá ter ocorrido devido a vários fatores. Primeiro pode ter sido devido à medida utilizada para medir a função cognitiva dos participantes. O *Mini-Mental State Exam – MMSE*, poderá não ter sido a escolha mais acertada para este estudo. Os resultados revelaram a existência de um efeito teto máximo, uma vez que todos os participantes responderam corretamente às questões do *Mini-Mental State Exam – MMSE*. Este instrumento, geralmente, é o mais utilizado nos Programas de Intervenção Cognitiva, e por essa razão é que foi utilizado neste estudo. É de salientar que no pré-teste os resultados mostraram alguma variabilidade. Este fator pode dever-se aos participantes, uma vez que no pré-teste os participantes revelaram ser pessoas idosas com um nível cognitivo mais deteriorado, e no estudo os participantes eram alunos da academia sénior da Lapa, e como tal são pessoas que demonstram ser cognitivamente muito ativas. Deste modo, porque não surgiram efeitos no desempenho cognitivo, não pudemos comprovar a nossa terceira hipótese de mediação deste fator com o bem-estar subjetivo.

No entanto, apesar de a atividade de leitura não ter influenciado o desempenho cognitivo, é de referir que a leitura da história ativou os estereótipos, tanto positivos como negativos, de envelhecimento. Segundo os resultados deste estudo (ver Tabela 3) as pessoas idosas ativaram os estereótipos positivos na história positiva, os estereótipos negativos na história negativa e não houve ativação na história neutra.

Os resultados deste estudo mostram a existência de efeitos das atividades de leitura e que pode ocorrer uma ativação de estereótipos durante este processo. Uma vez que são poucos os Programas de Intervenção Cognitiva que abordam os aspetos psicossociais, este estudo revelou ser importante. Pois para além de salientar o desempenho cognitivo foca-se, também, nos aspetos psicossociais.

#### **4.2. Limitações e estudos futuros**

Após a análise deste estudo, podemos verificar que existiram algumas limitações que influenciaram o estudo e que por esta razão, não obtivemos os resultados esperados. Começámos pelo instrumento de avaliação das funções cognitivas, o *Mini-Mental State Exam – MMSE*. Como já mencionado pode ser o instrumento mais utilizado nas intervenções

cognitivas, no entanto neste estudo revelou ser inadequado, uma vez que os participantes deste estudo são pessoas idosas frequentadoras de uma academia sénior, consideravam o *Mini-Mental State Exam – MMSE* um teste muito simples, com questões “infantis”.

Em estudos futuros, poderia reaplicar-se este estudo mas com outro instrumento de avaliação das funções cognitivas.

Num estudo futuro poderá ser utilizado outro tipo de população, talvez que não seja frequentadora de qualquer tipo de aulas ou selecionar os participantes segundo a pontuação obtida no *Mini-Mental State Exam – MMSE*, como outros autores já realizaram anteriormente (McDougall, 2000; Willis et al., 2006; Ball et al., 2002; Singer et al., 2003; Silva et al., 2011). Neste caso poder-se-á aplicar o *Mini-Mental State Exam – MMSE* antes e depois da atividade. Desta forma poderemos ver minuciosamente se houve efeito da atividade no desempenho cognitivo.

Pensamos que, para estudos futuros, seria interessante desenvolver mais as histórias utilizadas neste estudo. Verificámos que através das histórias existe ativação de estereótipos de envelhecimento, como tal poderão ser desenvolvidas mais histórias que ativem outros traços estereotípicos. Uma vez que os autores sugerem que os programas de longa duração têm efeitos mais duradouros e significativos, sugerimos realizar mais sessões e até mesmo desenvolver um Programa de Intervenção Cognitiva que envolva outras atividades, além das histórias, que ativem estereótipos positivos de envelhecimento.

### **4.3. Implicações práticas**

No geral, este estudo permitiu-nos verificar que a leitura de uma história pode ter influência nas pessoas idosas.

Concluimos que não é bom ter um discurso que envolva estereótipos negativos perante as pessoas idosas. Embora não tenhamos conseguido correlacionar com o desempenho cognitivo, conseguimos verificar que existe uma correlação com o bem-estar subjetivo. Portanto um discurso ou uma história que envolva estereótipos negativos de envelhecimento tendem a diminuir o bem-estar subjetivo das pessoas idosas. No entanto, o outro lado desta equação é a de parecer ser favorável a ativação de estereótipos positivos. Julgamos que este

tipo de atividade poderá ter efeitos fortalecedores dos Programas de Intervenção Cognitiva com esta população.

## Referências Bibliográficas

- Aldwin, C. M. (1990). The elder's life stress inventory: Egocentric and nonegocentric stress. Em M.A.P. Stephens, S. E. Hobfoll, J. H. Crowther, & D. L. Tennenbaum (Eds.), *Stress and coping in late life families* (p. 49 – 69). New York: Hemisphere.
- Alves, S., Moreira, C. F., & Nogueira, S. (2013). Relações sociais, estereótipos e envelhecimento. *Atas de Gerontologia*, 1(1), 1-11.
- Amorim, M. (2009). Para lá dos números... aspetos psicossociais e qualidade de vida do indivíduo com diabetes *Mellitus* tipo 2. Dissertação de Doutoramento em Saúde Mental. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto
- Andrewes, D. G., Kinsella, G. & Murphy, M. (1996). Using a memory handbook to improve everyday memory in community-dwelling older adults with memory complaints. *Experimental Aging Research*, 22(3), 305-322.
- Apóstolo, J., Cardodo, D., Marta, L., & Amaral, T. (2011). Efeito da Estimulação Cognitiva em Idosos. *Revista de Enfermagem Referência*, 3 (5), 193 – 201.
- Auffray, C. & Juhel, J. (2001). General and differential effects of a multimodal cognitive training program for the elderly. *Annee Psychologique*, 101(1), 65-89
- Ball, K., Berch, D., Helmers, K., Jobe, J., Leveck, M., Morris, J., Rebok, G., Smith, D., Tennstedt, S., Unverzagt, F., & Willis, S. (2002). Effects of Cognitive Training Interventions With Older Adults: A Randomized Controlled Trial. *Journal of American Medical Association* 288 (18), 2271 – 2281.
- Baltes, P. B. & Kliegl, R. (1992). Further testing of limits of cognitive plasticity: Negative age differences in a mnemonic skill are robust. *Developmental Psychology*, 28(1), 121-125.
- Bargh, J. A. (2006). What have we been priming all these years? On the development, mechanisms, and ecology of nonconscious social behavior *European Journal of Social Psychology*, 36, 147-168.
- Bargh, J. A., & Chartrand, T. L. (2000). The mind in the middle: A practical guide to priming and automaticity research. In H. T. Reis & C. M. Judd (Eds.), *Handbook of research methods in social and personality psychology* (pp. 253-285). New York: Cambridge University Press.

- Belleville, S., Gilbert, B., Fontaine, F., Gagnon, L., Ménard, E. & Gauthier, S. (2006). Improvement of episodic memory in persons with mild impairment and healthy older adults: evidence from a cognitive intervention program. *Dementia and Geriatric Disorders*, 22(5-6), 486-499
- Bherer, L., Kramer, A. F., Peterson, M. S., Colcombe, S., Erickson, K. & Becic, E. (2008). Transfer effects in task-set cost and dual-task cost after dual-task training in older and younger adults: further evidence for cognitive plasticity in attentional control in late adulthood. *Experimental Aging Research*, 34(3), 188-219
- Buiza, C., Etxeberria, I., Galdona, N. (2008). A randomized, two-year study of the efficacy of cognitive intervention on elderly people: the Donostia Longitudinal study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(1), 85-94
- Burke, J. L. (1981-1982). Young children's attitudes and perceptions of older adults. *International Journal of Aging and Human Development*, 14, 205-222.
- Brewer, M. B., Dull, V., & Lui, L. (1981). Perceptions of the elderly: Stereotypes as prototypes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 41, 656-670.
- Brooks, J. O. III, Friedman, L., Pearman, A. M., Gray., C & Yesavage, J. A. (1999). Mnemonic training in older adults: Effects of age, length of training, and type of cognitive pretraining. *International Psychogeriatrics*, 11(1), 75-84.
- Calero, M. D. & Navarro, E. (2007). Cognitive plasticity as a modulating variable on the effects of memory training in elderly persons. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 22(1), 63-72
- Camp, C. J. (1998). Memory interventions for normal and pathological older adults. Em R. Schulz, G. Maddox, & M. P. Lawton (Eds.), *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 18, 155-189.
- Cancela, D. (2007). O processo de envelhecimento. Trabalho realizado no estágio de complemento ao diploma de Licenciatura em Psicologia. Porto: Universidade Lusíada do Porto.
- Coudin, G. (2002). Le vieillissement ou l'ajustement au déclin de la santé. In A. Colin (Ed.), *Santé et vieillissement: approche psychosocial* (pp. 83-139). Paris.
- Cusack, S. A., Thompson, W. J. A., & Rogers, M. E. (2003). Mental fitness for life: Assessing the impact of an 8-week mental fitness program on healthy aging. *Educational Gerontology*, 29(5), 393-403.

- Craik, F. I. M., Winocur, G., Palmer, H. (2007). Cognitive rehabilitation in the elderly: effects on memory. *Journal of the International Neuropsychological*, 13(1), 132-142.
- Derwinger, A., Stigsdotter-Neely, A., Pesson, M., Hill, R. D., & Bäckman, L. (2003). Remembering numbers in old age: Mnemonic training versus self-generated strategy training. *Aging, Neuropsychology, and Cogniton*, 10(3), 202-214.
- Devine, P. G. (1989). Stereotypes and prejudice: Their automatic and controled components. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 5-18.
- Diener, E. (2000). Subjetive well-being: The science of happiness, and a proposal for national index. *American Psychologist*, 55, 34-43.
- Dijksterhuis, A., Aarts, H., Bargh, J. A., & Van Knippenberg, A. (2000). On the relation between associative strenght and automatic behavior. *Journal of Experimental Social Psychology*, 36, 531-544.
- Dijksterhuis, A., & Bargh, J. A. (2001). The perception-behavior expressway: Automatic effects of social perception on social behavior. In M. P. Zanna (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (Vol. 33, pp. 1-40). San Diego: Academic Press.
- Dijksterhuis, A., Chartrand, T. L., & Aarts, H. (2007). Effects of priming and perception on social behavior and goal pursuit. In J. A. Bargh (Ed.), *Social psychology and the unconscious: The automaticity of higher mental processes* (pp. 51-132). New York: Psychology Press.
- Dijksterhuis, A., & Van Knippenberg, A. (1998). The relation between perception and behavior: Or how to win a game of Trivial Pursuit. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 865-877.
- Dufour, M. (2005). *Contos para curar e crescer*. Brasil: Ground
- Fernandes, P. (2000). A Depressão no Idoso: estudo da relação entre fatores pessoais e situacionais e manifestações da Depressão. Coimbra: Quarteto Editora.
- Ferrinho, P., Bugalhou, M., & Pereira Miguel, J. (2001). *For better health in Europe. Report with the support of the European Commission*. Lisboa: Instituto de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Portugal.
- Folstein, M.F., Folstein, S.E. & McHugh, P.R. (1975) Mini-Mental State. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiat Res* ; 12 pp. 189-98.

- França, A.I., Lemle, M., Pederneira, I. L. & Gomes, J. N. (2005). Conexões conceituais: Um estudo de psicolinguístico de priming encoberto. *Linguística*, 1(2), 283-298. Disponível em: [http://www.acesin.letras.ufrj.br/publicacoes\\_aniela/revista\\_linguistica\\_franca\\_et\\_alii\\_2005.pdf](http://www.acesin.letras.ufrj.br/publicacoes_aniela/revista_linguistica_franca_et_alii_2005.pdf)
- Freire, V. M., & Pereira, M. E. (2009). Crenças estereotipadas acerca de atletas que sofreram lesões. *Ciências & Cognição*, (Online), 14 (2). Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo>
- Fiske, S. T., Cuddy, A. J. C., Glick, P. S., & Xu, J. (2002). A model of (often mixed) stereotype content: Competence and warmth respectively follow from perceived status and competition. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 878-902.
- Garcia-Marques, L., & Garcia-Marques, T. (2003). Mal pensa quem não repensa: introdução ao estudo dos estereótipos sociais numa perspectiva cognitiva. Em T. Garcia-Marques & L. Garcia Marques (Eds.), *Estereótipos e cognição social* (p. 11-25). Lisboa: ISPA.
- Glisky, E. L. (2007). Changes in cognitive function in human aging. Em D. R. Riddle (Ed.), *Brain Aging: Models, Methods and Mechanisms* (p. 15-30). New York: CRC Press
- Gonçalves, C. (2012). Programa de estimulação cognitiva em idosos institucionalizados. *O Portal dos Psicólogos*, (Online). Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos>
- Guerreiro, M., Silva, A.P., Botelho, M.A., et al. (2003). Avaliação Breve o Estado Mental: Escalas e Testes na Demência. *Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência* (eds) (pp. 27-32).
- Guerreiro, M., Fonseca, S., Barreto, J., et al. (2003) Escalas e Testes na Demência. *Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência* (eds) (pp. 33-49).
- Green, R. C., Cupples, L. A., Kurk, A., Auerbach, S., Go, R., Sadovnick, D., Duara, R., Kukull, W. A., Chui, H., Edeki, T., Griffith, P.A., Friedland, R. P., Bachman, D. & Farrer, L. (2003). Depression as a risk factor for Alzheimer disease: the MIRAGE Study. *Archives of Neurology*, 60 (5), 753-759.
- Greenberg, J., Schimel, J., & Martens, A. (2002). Ageism: denying the face of the future. In T. D. Nelson (Ed.), *Ageism: stereotyping and prejudice against older persons* (pp. 27-48). Cambridge, MA: MIT Press.

- Guedes, M. T. D.; Albuquerque, F. J. B. de; Tróccoli, B. T.; Noriega, J. A. V.; Seabra, M. A. B. & Guedes, R. L. D. (2006). Relação do bem-estar subjetivo, estratégias de enfreamento e apoio social em idosos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19 (2), 301-308.
- Hausdorff, J. M., Levy, B., & Wei, J. Y. (1999). The power of ageism on physical function of older persons: reversibility of age-related gait changes *Journal of the American Geriatrics Society*, 47, 1346-1349.
- Hess, T. M., Hinson, J. T., & Statham, J. A. (2004). Explicit and implicit stereotype activation effects on memory: Do age and awareness moderate the impact of priming? *Psychology and Aging*, 19(3), 495-505.
- Hummert, M. L., Garstka, T. A., & Shaner, J. L. (1997). Stereotyping of older adults: The role of target facial cues and perceiver characteristics. *Psychology and Aging*, 12, 107-114.
- Instituto Nacional de Estatística (2010). *População residente (Nº.) por Local de residência, Sexo e Grupo etário (Por ciclos de vida)*. Disponível em: <http://www.ine.pt/xportal>
- Instituto Nacional de Estatística (2003). *Projeções de população residente em Portugal 2000-2050*. Lisboa: INE
- Irigaray, T. Q., Schneider, R. H. & Gomes, I. (2011). Efeitos de um treino cognitivo na qualidade de vida e no bem-estar psicológico de idosos. *Psicol, Reflex. Crit.*, 24(4), 810-818.
- Levy, B.R.(1996). Improving memory in old age by implicit self-stereotyping. *Journal of Personality and social Psychology*, 71, 1092-1107.
- Levy, B. R., & Banaji, M. R. (2002). Implicit ageism. Em T. Nelson (Ed.), *Ageism: Stereotypes and prejudice against older persons* (p. 49-75). Cambridge, MA: MIT Press.
- Levy, B. R., & Langer, E. J. (1994). Aging free from negative stereotypes: Successful memory among the American Deaf and in Mainland China. *Journal of Personality and social Psychology*, 66, 935 – 943.
- Levy, B., Ashman, O., & Dror, I. (1999-2000). To be or not to be: The effects of aging selfstereotypes on the will-to-live. *Omega: Journal of Death and Dying*, 40, 409-420.
- Levy, B. R. (2003). Mind matters: cognitive and physical effects of aging self stereotypes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71 (6), 1092 – 1107.
- Lindeboom R, BS, RH, JDHR, et al. (2004). Improved brief assessment of cognition in aging and dementia. *Neurology* 63(3):543-546.

- Lippman, W. (1922). *Public opinion*. New York: Harcourt Brace Jovanovich.
- Marques, S. (2009). Is it Age...or Society? Aging stereotypes and older people's use of comparative optimism towards health. Dissertação de Doutoramento em Psicologia Social e das Organizações. Lisboa: ISCTE-IUL.
- Marques, S., Lima, M.L., Abrams, D. & Swift, H.J. (in press). Will-to-live in older people's medical decisions: immediate and delayed effects of aging stereotypes. *Journal of Applied Social Psychology*.
- McDougall, G. J. Jr. (1999). Cognitive interventions among older adults. *Annual Review of Nursing Research*, 17, 219-240.
- McDougall, G. J. Jr. (2000). Memory improvement in assisted living elders. *Issues in Mental Health Nursing*, 21(2), 217-233.
- Mohs, R. C., Ashman, T. A., Jantzen, K., Albert, M., Brandt, J., Gordon, B., Rasmusson, X., Grossman, M., Jacobs, D., & Stern, Y. (1998). A study of the efficacy of a comprehensive memory enhancement program in healthy elderly persons. *Psychiatry Research*, 77, 183-195.
- Mozolic, J. L., Long, A. B., Morgan, A. R., Rawley-Payne, M. & Laurienti, P. J. (2009). A cognitive intervention improves modality-specific attention in a randomized controlled trial of healthy older adults. *Neurobiology of Aging*, 32(4), 655-668
- Nelson, T. D. (Ed.). (2002). *Stereotyping and prejudice against older persons*. Cambridge, MA: Bradford Book.
- Neri, A. L. (2001a). Velhice e qualidade de vida na mulher. Em: A. L. Neri (Org.), *Desenvolvimento e envelhecimento* (p. 161-200). Campinas: Papirus.
- Noseck, B. A., Banaji, M., & Greenwald, A. G. (2002). Harvesting intergroup attitudes and beliefs from a demonstration website. *Group Dynamics*, 6, 101 – 115.
- Paggi, K. P. & Hayslip, B. Jr. (1999). Mental aerobics: Exercises for the mind in later life. *Educational Gerontology*, 25(1), 1-12.
- Parente, M. A. M. P. & Colaboradores (2006). *Cognição e Envelhecimento*. Porto Alegre: Artmed.
- Paúl, C., & Fonseca, A. M. (2005). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Pelmutter, M., & Hall, E. (1992). *Adult development and aging*. New York: John Wiley & Sons.

- Pereira, Z. M. F. (2012). Treino Cognitivo em idosos sem demência: estudo em idosos residentes no lar da Santa Casa da Misericórdia de Mondim de Basto. Tese de Mestrado em Envelhecimento Ativo. Bragança: Escola Superior de Saúde de Bragança
- Perdue, C. W., & Gurtman, M. B. (1990). Evidence of automaticity of ageism. *Journal of Experimental Social Psychology*, 26, 199-216.
- Pinquart, M. (2002). Good News About the Effects of Bad Old-Age Stereotypes. *Experimental Aging Research*, 28 (3), 317 - 336.
- Rapp, S.R., Brenes, G., & Marsh, A. P. (2002). Memory enhancement training for older adults with mild cognitive impairment: A preliminary study. *Aging and Mental Health*, 6(1), 5-11.
- Reijnders, J., van Heugten, C., & van Boxtel, M. (2012). Cognitive interventions in healthy older adults and people with mild cognitive impairment: A systematic review. *Aging Research Reviews*. 12, 263-275.
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1998). *Successful Aging*. New York: Dell.
- Santos, S. R., Santos, I. B. C., Fernandes, M. G. & Henriques, M. E. R. M. (2002). Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da Escala de Flanagan. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 10(6), 757 – 764.
- Schaie, K. W. (1993). The Seattle longitudinal studies of adult intelligence. Em M. P. Powell & T. A. Salthouse (Eds.), *Essential papers on the psychology of aging* (p. 263-271). New York: New York University Press.
- Schmiedek, F., Bauer, C., Lövdén, M., Brose, A. & Lindenberger, U. (2010). Cognitive enrichment in old age. *GeroPsych*, 23(2), 59-67
- Schmidt, I. W., Berg, I. J., & Deelman, B. G. (2001). Prospective memory training in older adults. *Educational Gerontology*, 27(6), 455-478.
- Schmidt, D., & Boland, S. (1986). Structure of perceptions of older adults: Evidences for multiple stereotypes. *Psychology and Aging*, 1, 255-260.
- Schneider, D. J. (2005). *The psychology of stereotyping*. New York: The Guilford Press.
- Scogin, F. & Bienias, J. L. (1998). A three-year follow-up of older adult participants in a memory-skills training program. *Psychology and Aging*, 3(4), 334-337.

- Seefeldt, C., Jantz, R. K., Galper, A., & Serock, K. (1977). Using pictures to explore children's attitudes toward the elderly. *The Gerontologist*, *17*, 506-512.
- Shih, M., Ambady, N., Richeson, J. A., Fujita, K., & Gray, H. (2002). Stereotype performance boosts: The impact of self-relevance and the manner of stereotype activation. *Journal of Personality and Social Psychology*, *83*, 638 – 647.
- Silva, T. B. L., Oliveira, A. C. V., Paulo, D. L. V., Malagutti, M. P., Danzini, V. M. P. & Yassuda, M. S. (2011). Cognitive training for elderly adults based on categorization strategies and calculations similar to everyday tasks. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia* *14*(1), 65-72
- Singer, T., Lindenberger, U., & Baaltes, P.B. (2003). Plasticity of memory for new learning in very old age: A story of major loss? *Psychology and Aging*, *18*(2), 306-317.
- Smith, G. E., Housen, P., Yaffe, K. (2009). A cognitive training program based on principles of brain plasticity: results from the improvement in memory with plasticity-based adaptive cognitive training (IMPACT) study. *Journal of the American Geriatrics Society*, *57*(4), 594-603
- Spar, J. E., & La Rue, A. (2005). *Guia prático Climepsi de psiquiatria geriátrica*. Paris: Climepsi Editors
- Stigsdotter-Neely, A. (2000). Multifactorial memory training in normal aging. Em L. Bäckman, R. D. Hill, & A. Stigsdotter-Neely (Eds.), *Cognitive rehabilitation in old age* (p. 63-80). New York: Oxford University Press.
- Stigsdotter-Neely, A., & Bäckman, L. (1993). Long-term maintenance of gains from memory training in older adults: Two 3 ½ year follow-up studies. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, *48*(5), p. 233-237.
- Tardif, S., & Simard, M. (2011). Cognitive Stimulation Programs in Healthy Elderly: A Review. *International Journal of Alzheimer's Disease*, *2011*, 1-13.
- Tavares, L., Takase, E., Chaves, A. A., Schmidt, B. & Guidoni, B. C. (2009). Programas de estimulação em idosos institucionalizados: efeitos da prática de atividades cognitivas e atividades físicas. *Revista digital*, *13*(129), 1-17
- Thane, P. (2003). Social histories of old age and aging. *Journal of Social History*, *fall*, 93-111.
- Thane, P. (Ed.). (2005). *The long history of old age*. London: Thames & Hudson.

- Thompson, G., & Foth, D. (2005). Cognitive-Training programs for Older Adults: What Are they and Can they Enhance Mental Fitness?. *Educational Gerontology*, 31(8), 603 – 626.
- Triadó, C., & Villar, F. (2007). *Psicología de la Vejez*. Madrid: Alianza Editorial.
- Troyer, A. K. (2001). Improving memory knowledge, satisfaction, and functioning via an education and intervention Program for Older Adults. *Aging, Neuropsychology, and Cognition: A journal on normal and dysfunctional development*, (8)4, 256-268
- Verhaeghen, P., Marcoen, A., & Goossens, L. (1992). Improving memory performance in the aged through mnemonic training: A meta-analytic study. *Psychology and Aging*, 7(2), 242-251.
- Willis, S. L., Tennstedt, S. L. & Marsiske, M. (2006). Long-term effects of cognitive training on everyday functional outcomes in older adults. *Journal of the American Medical Association*, 296(23), 2805-2814
- Willis, S. L. (1990). Introduction to the special section on cognitive training in later adulthood. *Developmental Psychology*, 26(6), 875-878
- Willis, S.L., & Schaie, K. W. (1986). Training the elderly on the ability factors of spatial orientation and inductive reasoning. *Psychology and Aging*, 1(3), 239-247.
- Wheeler, S. & Petty, R. (2001). The effects of stereotype activation on behavior: A review of possible mechanisms. *Psychological Bull.*, 127, 797-826.
- Yassuda, M. S., Lasca, V. B. & Neri, A. L. (2005). Meta-memória e auto-eficácia: um estudo de validação de instrumentos de pesquisa sobre memória e envelhecimento. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18 (1), 78-90.
- Yesavage, J. A., Sheikh, J. I., Friedman, L., & Tanke, E. (1990). Learning mnemonics: Role of aging and subtle cognitive impairment. *Psychology and Aging*, 5(1), 133-137.
- Zauszniewski, J. A., Eggenschwiler, K., Preechawong, S., Chung, C., Airey, T. F., Wilke, P. A., Morris, D. L, & Roberts, B. L. (2004). Focused reflection reminiscence group for elders: implementation and evaluation. *Journal of Applied Gerontology*, 23(4), 429-442

## Anexos

### Anexo A – História Negativa

#### “A dor da velhice”

A D. Maria é uma senhora de 87 anos, que vive no interior do país, e enfrenta algumas dificuldades que a impedem de ser uma mulher feliz.

Desde muito cedo teve que trabalhar para ajudar a sua família, pois viviam com muitas dificuldades. Depois de tantos anos de trabalho, a D. Maria começou a ter alguns problemas de saúde e foi obrigada a reformar-se. A doença fez com que a D. Maria perdesse alguma mobilidade, tornando-a limitada e lenta a realizar as suas atividades.

Ao início cuidava-se sozinha, mas muitas vezes esquecia-se de tomar a medicação, de alimentar-se corretamente e isso foi tendo consequências na sua saúde. A D. Maria é uma senhora tímida e que não gosta de pedir ajuda, pensa sempre primeiro no bem-estar dos outros, no entanto com o seu estado de saúde, e devido às dificuldades financeiras, sentiu a necessidade de pedir ajuda a alguns vizinhos. A sua maior tristeza deve-se ao fato de após ter criado e educado dois filhos, que foram viver para outra cidade, e mesmo sabendo dos problemas de saúde da mãe, não estão interessados nem minimamente preocupados com a recuperação da mãe.

Felizmente, tem uma vizinha que se preocupa e gosta muito da D. Maria, e por isso ajuda-a sempre que pode. A D. Maria diz que se não fosse esta ajuda não sabia o que faria, pois cada vez está mais doente e já quase não pode deslocar-se à rua para pagar contas ou ir ao supermercado.

A D. Maria sente-se muito triste, porque sempre esteve disponível para ajudar outras pessoas, sempre deu tudo o que podia e agora que ela necessita são poucos os que a querem ajudar.

Descreve-se como uma mulher sozinha, dependente e afirma que foi “abandonada pela vida”.

**Anexo B – História Positiva**

## “A alegria da velhice”

A D. Maria vive no centro do país e faz parte das “panteras grisalhas”, grupo que desenvolve atividades para pessoas idosas, de modo a mantê-las ativas. Atualmente tem 87 anos e foi consagrada a campeã dos direitos das pessoas idosas, encarnando o humor e a vitalidade da terceira idade. A D. Maria é vista como um exemplo para outras pessoas da sua idade. Após se ter reformado, era de esperar que a sua vida mudasse. Isto é, toda a sua família e amigos, esperava que a D. Maria abrandasse o seu estilo de vida.

A D. Maria sempre foi uma mulher ativa e sociável. Estava sempre presente em todos os convívios de família e de trabalho e mantinha o contato diário com os seus amigos. Quando se reformou, começou a pensar um pouco na sua vida e nas coisas que já tinha feito. Sempre fora uma mulher trabalhadora e despachada e decidiu que não era altura para parar e mudar.

Decidiu então, juntar-se a um centro de dia onde fundou as “panteras grisalhas”. A D. Maria conforme frequentava o centro de dia, percebeu que não havia atividades para as pessoas que lá iam passar o dia. Como tal, começou a levar jogos, livros e outras atividades, para entreter os idosos. No início, as pessoas idosas acharam aquilo estranho, mas com o tempo aderiram as atividades e pouco e pouco tornaram-se num grupo. No grupo das “panteras grisalhas” definem a D. Maria como uma pessoa madura e sábia, pois tem sempre uma palavra amiga e um bom conselho para quem precisar. Dizem que a D. Maria transmite uma calma e paz e que por esta razão, todos gostam de estar na sua companhia.

Recentemente foi premiada pela Câmara Municipal da sua cidade, pois a sua iniciativa contribuiu para o bem-estar da população idosa, que muitas vezes é colocada de parte.

A D. Maria é muito querida por todos e é um exemplo de força e de alegria na terceira idade.

**Anexo C – História Neutra**

## “A jóia”

Certa vez a Joana, uma menina de mais ou menos oito anos, entrou numa loja de joias e disse ao vendedor que queria comprar um colar com pérolas azuis. Este colar, era uma prenda para a sua irmã mais velha, a Catarina, que fazia anos. A mãe das duas meninas tinha morrido, e por isso, a irmã mais velha dedicava-se de corpo e alma a cuidar da irmã e a estudar.

O senhor ao ouvir a história daquela pequena menina, embrulhou a linda joia que a criança havia pedido. Quando o vendedor entregou o embrulho, a menina abriu o porta-moedas e tirou algumas moedas.

Era pouco o dinheiro que a menina tinha, mas ao ver aquele gesto tão bonito, o vendedor aceitou o pouco que a menina tinha.

A menina foi embora toda contente com o seu presente. Tinha poupado o ano inteiro só para poder fazer esta surpresa à irmã mais velha.

Horas depois, já era quase hora de fechar, quando uma linda rapariga entrou na loja de joias com um embrulho na mão. O vendedor logo reconheceu o pequeno embrulho. A linda rapariga, era a irmã mais velha da menina, a Catarina, e queria devolver a joia ao vendedor. A Catarina sabia que aquela joia era muito cara e valiosa e que a pequena Joana não tinha dinheiro para a comprar, por isso pensava que a Joana tinha roubado a joia.

O vendedor explicou que não, que a joia tinha sido comprada algumas horas atrás. A Catarina ficou ainda mas confusa, como é que era possível a sua irmã mais nova ter conseguido o dinheiro todo para comprar aquela joia? O vendedor apenas disse:

- “Não vou dizer como é que a menina comprou a joia, é um segredo entre mim e a minha cliente. Mas digo-lhe o seguinte, a alegria da sua irmãzinha ao comprar este colar para si era tão grande, que para mim foi o suficiente para perceber o quanto ela gosta de si.”

Naquele momento a Catarina ficou comovida, e em silêncio saiu da loja com a joia.

## **Anexo D – Guião**

Versão Negativa e Positiva:

1. O que achou desta história?
2. De que nos fala esta história?
3. Se fosse você, o que faria?
4. Como é que descreve a senhora da história?
5. Acha que essas características aplicam-se a todos os idosos?

Versão Neutra:

1. O que achou desta história?
2. De que nos fala esta história?
3. Se fosse você, o que faria?
4. Qual foi a reação da irmã da menina?
5. O senhor ficou sensibilizado com a atitude da menina?

**Anexo E – Lista de estereótipos**

<b>Estereótipos</b>	<b>Nr. de vezes que disse</b>	<b>Disse explicitamente</b>	
Doentes <input type="checkbox"/>	_____	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Lentos <input type="checkbox"/>	_____	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Esquecidos <input type="checkbox"/>	_____	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Dependentes <input type="checkbox"/>	_____	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Sociáveis <input type="checkbox"/>	_____	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Maduros <input type="checkbox"/>	_____	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Sábios <input type="checkbox"/>	_____	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Calmos <input type="checkbox"/>	_____	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>

Traços referidos:

---



---



---



---



---

## Anexo F – Mini –Mental State Exam (MMSE)

## Mini Mental State Examination (MMSE)

## 1. Orientação (1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos? \_\_\_\_\_  
 Em que mês estamos? \_\_\_\_\_  
 Em que dia do mês estamos? \_\_\_\_\_  
 Em que dia da semana estamos? \_\_\_\_\_  
 Em que estação do ano estamos? \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

Em que país estamos? \_\_\_\_\_  
 Em que distrito vive? \_\_\_\_\_  
 Em que terra vive? \_\_\_\_\_  
 Em que casa estamos? \_\_\_\_\_  
 Em que andar estamos? \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

## 2. Retenção (contar 1 ponto por cada palavra correctamente repetida)

"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor".

Pêra \_\_\_\_\_  
 Gato \_\_\_\_\_  
 Bola \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

## 3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correcta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como correctas. Parar ao fim de 5 respostas)

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar".

27\_ 24\_ 21\_ 18\_ 15\_

Nota: \_\_\_\_\_

## 4. Evocação (1 ponto por cada resposta correcta.)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".

Pêra \_\_\_\_\_  
 Gato \_\_\_\_\_  
 Bola \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

## 5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correcta)

a. "Como se chama isto? Mostrar os objectos:

Relógio \_\_\_\_\_  
 Lápis \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

b. "Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA"

Nota: \_\_\_\_\_

c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa"; dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita \_\_\_\_\_

Dobra ao meio \_\_\_\_\_

Coloca onde deve \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase.

Fechou os olhos \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

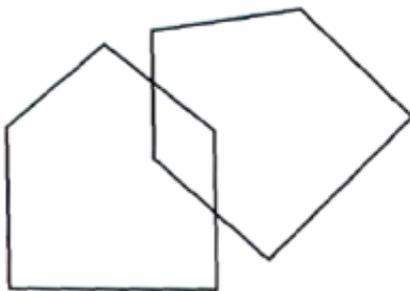
e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase:

Nota: \_\_\_\_\_

**6. Habilidade Construtiva (1 ponto pela cópia correcta.)**

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.



Cópia:

Nota: \_\_\_\_\_

TOTAL(Máximo 30 pontos): \_\_\_\_\_

Considera-se com defeito cognitivo:

- analfabetos ≤ 15 pontos
- 1 a 11 anos de escolaridade ≤ 22
- com escolaridade superior a 11 anos ≤ 27

**Anexo G – Questionário**Questionário

Agora, gostaríamos de saber alguns aspetos sobre o modo como se sente atualmente. Em baixo encontra um conjunto de frases, com as quais poderá concordar ou discordar, que remetem para a satisfação com a vida. Leia cada uma delas e marque uma cruz (X) no quadrado que melhor indica a sua resposta. Não há respostas certas nem erradas, apenas seleccione a resposta que se adequa melhor à sua situação.

Considerando todos os aspetos da sua vida, qual o grau de felicidade que sente? Responda, por favor, utilizando uma escala de 0 a 10.										
Extremamente infeliz feliz										Extremamente
00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10
Tudo somado, qual o seu grau de satisfação com a vida em geral? Está...										
Extremamente infeliz feliz										Extremamente
00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10

Responda, por favor, às seguintes questões:

Já participou em algum programa de intervenção cognitiva?

---

Se sim, em quantos programas de intervenção cognitiva participou?

---

Tem alguma queixa em relação à sua cognição?

---

Como avalia globalmente a sua saúde?						
1	2	3	4	5	6	7
Terrível	Muito má	Má	Média	Boa	Muito boa	Excelente

Sexo

Feminino

Masculino

Idade

Data de Nascimento

Frequenta algum Centro de Ocupação dos Tempos Livres?

Sim

Não

Nível máximo de escolaridade atingido:

Não frequentou a escola

Primária incompleta

Primária completa (antiga 4º classe)

6º ano (2º ano antigo)

9º ano (5º ano antigo)

12º ano (7º ano antigo)

Universidade/Politécnica

Situação atual face ao trabalho

Empregado a tempo inteiro

Empregado a tempo parcial

Desempregado

Estudante/na escola/em formação profissional

Doméstica/ocupa-se das tarefas do lar

Outra situação \_\_\_\_\_

Anexo H - Certificado de participação

A large, intricate black decorative flourish with multiple swirls and curves, framing the central text.

**CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO**

**Este estudo só foi possível devido à sua sabedoria, calma,  
sociabilidade e maturidade. Muito obrigada pela sua  
participação.**