



Instituto Politécnico
de Castelo Branco
Escola Superior
de Educação

Impacto de um programa intergeracional na atitude face à demência

Mestrado em Gerontologia social

António José Lourenço Gomes Lopes

Orientador

Professor Doutor Florencio Vicente Castro

Janeiro de 2017



Instituto Politécnico
de Castelo Branco
Escola Superior
de Educação

Impacto de um programa intergeracional na atitude face à demência

António José Lourenço Gomes Lopes

Orientador

Professor Doutor Florencio Vicente Castro

Trabalho de projecto apresentado à Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Castelo Branco para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Gerontologia Social, realizada sob a orientação científica do Professor Doutor Florencio Vicente Castro, do Instituto Politécnico de Castelo Branco e da Universidade da Extremadura.

Janeiro 2017

Composição do júri

Presidente do júri

Doutora Maria João da Silva Guardado Moreira

Professora coordenadora, Escola superior de educação de Castelo Branco, Instituto politécnico de Castelo Branco.

Vogais

Doutora María Isabel Ruiz Fernández

Professora, Facultad de educación, Universidad de Extremadura e Professora adjunta convidada, Escola superior de educação de Castelo Branco, Instituto politécnico de Castelo Branco.

Doutor Florencio Vicente Castro

Professor emérito, Facultad de educación, Universidad de Extremadura e Professor coordenador convidado, Escola superior de educação de Castelo Branco, Instituto politécnico de Castelo Branco.

Agradecimentos

As minhas primeiras palavras de agradecimento são dirigidas ao meu orientador, Prof. Dr. *Florencio Vicente Castro*, e à coordenadora do curso de mestrado, Prof.^a Dr.^a *Maria João Moreira*, sem cuja mentoria não me seria possível transpor esta meta académica.

Expresso o meu reconhecimento aos docentes da pós-graduação em Gerontologia do *Instituto superior de ciências sociais e políticas – Universidade de Lisboa* e do mestrado em Gerontologia Social da *Escola superior de educação de Castelo Branco – Instituto politécnico de Castelo Branco*, por terem instigado o meu interesse sobre o processo de envelhecimento humano.

Os meus agradecimentos estendem-se, igualmente, à direcção do *Agrupamento de escolas Manuel da Maia*, nomeadamente, à Prof.^a *Filomena Leite Pinto* (directora) e ao Prof. *Luís Nunes* (sudirrector), pelo acolhimento das propostas apresentadas, e ao Prof. *Jorge Matos* (coordenador das escolas básicas do 1º ciclo) que possibilitou a articulação entre o mestrando, a direcção do *Agrupamento de escolas Manuel da Maia* e a coordenação da *Escola básica do 1º ciclo com Jardim-de-infância Vale de Alcântara*.

Agradeço o pronto e constante apoio da Prof.^a *Ana Margarida Figueiredo* (coordenadora da *Escola básica do 1º ciclo com Jardim-de-infância Vale de Alcântara*), o interesse manifestado pela Prof.^a *Nádia Vasco*, assim como a disponibilidade da Educadora de infância *Adelaide Almeida*, sem os quais não seria possível realizar este trabalho.

Não poderia deixar de agradecer, com emoção, a todos os participantes no estudo. O seu interesse, vivacidade e rebeldia são a prova de que a matéria-prima do futuro tem, como sempre teve, muito boa qualidade.

Por fim, carece um agradecimento especial à associação *Ligue européenne contre la maladie d'Alzheimer -Vaincre Alzheimer* que, mediante o atencioso acompanhamento de *Catherine Silva*, responsável pela comunicação e marketing web, autorizou a tradução e utilização de algum conteúdo do site *Alzjunior.org* nas sessões de esclarecimento sobre doença de Alzheimer junto dos alunos da *Escola básica do 1º ciclo com Jardim-de-infância Vale de Alcântara*.

Resumo

Todas as sociedades reconhecem a importância da partilha de valores e conhecimento entre gerações. Essa troca de experiências para além de fortalecer os laços de identitários também propiciam ambientes seguros e tranquilos a todos os participantes. Por esse motivo, surgiram alguns programas que promovem o contacto entre crianças e pessoas com demência, cujos resultados têm sido positivos. Em Portugal, apesar de um programa, com os mesmos fundamentos conceptuais, ter sido implementado há mais de uma década, desconhecem-se estudos científicos nacionais que corroborem a evidência produzida internacionalmente.

Por esse motivo, este estudo pretendeu analisar o impacto desse programa intergeracional sobre as atitudes das crianças em idade pré-escolar e a sua repercussão ao longo dos anos.

Na tentativa de perceber se as relações estabelecidas contribuem para a modificação das atitudes da criança e do adolescente face à demência, o estudo adoptou o paradigma qualitativo, utilizando como instrumento de pesquisa entrevistas abertas, semi-estruturadas, dirigidas a dezoito alunos do 3º e 4º anos do 1º ciclo do ensino básico, e a três alunos do 6º e 8º anos do 2º e 3º ciclos do ensino básico. Foram registadas, igualmente, observações directas de catorze crianças, durante as suas actividades diárias no jardim-de-infância, que foram utilizadas para detectar traços de personalidade particulares que pudessem auxiliar a organização de actividades intergeracionais.

Do estudo não resultou qualquer evidência por dois motivos principais. As amostras disponíveis não são significativas, devido ao reduzido número de participantes. E, sobretudo, porque na fase de implementação do projecto, o trabalho foi interrompido por motivos alheios ao próprio estudo. Ainda assim, as informações reunidas nas entrevistas sugerem que as emoções positivas, fomentadas pela participação nas actividades intergeracionais, estão bem vivas na memória dos participantes, apesar de já terem passado alguns anos. Esta constatação faz acreditar que é importante o investimento neste campo de investigação.

Os resultados obtidos, embora inconclusivos, suscitaram algumas reflexões sobre os requisitos indispensáveis para este tipo de programas, que se relacionam com o ambiente arquitectónico, a formação e motivação do pessoal auxiliar, bem como dos técnicos facilitadores, e as competências necessárias a uma boa liderança, por exemplo.

Palavras chave

Programa intergeracional. Infância. Adolescência. Atitude. Demência.

Abstract

All societies recognise the importance of sharing values and knowledge between generations. These exchanges of experiences, besides strengthening the bonds of identity, provide safe and pleasurable environments for all participants. For this reason, some programs promote interaction between children and persons with dementia. Over all, the results have been satisfactory. In Portugal, although one program, with the same conceptual basis, have been implemented for at least a decade, there are no known national scientific studies that corroborate international evidence.

Therefore, the study presented here proposes the analysis of the impact of an intergenerational program in early childhood, on an attitudinal level, and its repercussion over the years.

In an attempt to understand if those relationships contribute to changes in children and adolescents' attitudes towards dementia, the study followed a qualitative paradigm, mainly supported by semi-structured open interviews, undertaken with a sample of eighteen 3rd and 4th grade students, and three 6th and 8th grade students. Furthermore, direct observations of fourteen kindergarteners were recorded during their daily activities and used to detect particular personality traits, which provide useful information while organising intergenerational activities.

The study do not produce the desired evidence, for two major reasons. First, the samples were not representative, due to the reduced number of participants. Secondly, and most importantly, at the last stage of the project, the implementation phase, it was interrupted for reasons outside the scope of the study itself. Even so, the data gathered from interviews suggest that positive emotions, fostered through intergenerational activities, are still vivid despite the passage of time. This fact make believe that it is important to invest in this field of investigation.

The results were inconclusive but arouse some reflections about the indispensable requirements for this kind of program, related to the architectural environment, training and motivation of staff and facilitators or leadership skills, for example.

Keywords

Intergenerational program. Childhood. Adolescence. Attitude. Dementia.

Índice geral

Lista de quadros.....	xiii
Lista de tabelas.....	xv
Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos	xvii
1. Introdução.....	1
2. Enquadramento temático	7
2.1 Demência	9
2.2 Atitudes	11
2.2.1 Emoções e sentimentos	13
2.2.2 Preconceitos e estereótipos.....	14
2.2.3 Idadismo	15
2.3 Teorias da educação	17
2.3.1 Maria Montessori.....	17
2.3.2 Lev Vygotsky	19
2.3.3 Jerome Bruner	20
2.4 Programas de filosofia para crianças.....	21
2.5 Programas socioemocionais.....	24
2.6 Teoria do contacto e programas intergeracionais.....	25
2.6.1 Programas envolvendo crianças e pessoas mais velhas	26
3. Procedimentos metodológicos	31
3.1 Investigação qualitativa.....	33
3.2 Amostra	33
3.3 Observação participante	35
3.4 Entrevista	39
3.5 Desenhos.....	40
3.6 Sessão de informação	42
3.7 Constrangimentos	43
4. Análise de conteúdo.....	45
4.1 Alunos dos 3º e 4º anos do 1º ciclo.....	48
4.1.1 Representação da velhice	50

4.1.1.1	Significado de velhice.....	50
4.1.1.2	Comportamento dos mais velhos.....	53
4.1.2	Atitude face à velhice	56
4.1.2.1	Componente afectiva da atitude.....	57
4.1.2.2	Componente conactiva da atitude	58
4.1.2.3	Componente cognitiva da atitude	62
4.1.3	Representação do programa intergeracional	65
4.1.3.1	Traços distintivos dos utentes do centro de dia	66
4.1.3.2	Comportamento dos utentes.....	68
4.1.3.3	Actividades desenvolvidas	69
4.1.4	Atitude face ao programa intergeracional.....	71
4.1.4.1	Componente afectiva da atitude	72
4.1.4.2	Componente conactiva da atitude	73
4.1.5	Atitude face a novo programa intergeracional.....	73
4.1.5.1	Componente conactiva.....	74
4.1.6	Representação de demência e de doença de Alzheimer	76
4.2	Alunos do 6º e dos 7º e 8º anos dos 2º e 3º ciclos.....	77
4.2.1	Representação da velhice	79
4.2.1.1	Significado de velhice.....	80
4.2.1.2	Comportamento dos mais velhos.....	81
4.2.2	Atitude face à velhice	82
4.2.2.1	Componente conactiva.....	82
4.2.2.2	Componente cognitiva.....	83
4.2.3	Representação do programa intergeracional	85
4.2.5	Atitude face a novo programa intergeracional.....	89
5.	Apontamentos finais	95
	Referências bibliográficas	117
	Anexos.....	127

Lista de quadros

Análise de conteúdo

Alunos dos 3º e 4º anos do 1º ciclo do ensino básico

Quadro 4.1-1	Categorias e subcategorias relativas à velhice	48
Quadro 4.1-2	Categorias e subcategorias relativas ao programa intergeracional	49
Quadro 4.1-3	Categoria e subcategorias relativas a novo programa intergeracional	49
Quadro 4.1-4	Categoria e subcategorias relativas a demência e a doença de Alzheimer	49

Alunos do 6º e dos 7º e 8º anos dos 2º e 3º ciclos do ensino básico

Quadro 4.2-5	Categorias e subcategorias relativas à velhice	78
Quadro 4.2-6	Categorias e subcategorias relativas ao programa intergeracional	78
Quadro 4.2-7	Categoria e subcategoria relativas a novo programa intergeracional	79
Quadro 4.2-8	Categoria e subcategorias relativas a demência e a doença de Alzheimer	79
Quadro 4.2-9	Categoria e subcategoria relativas a sessão de informação sobre demência	79

Lista de tabelas

Procedimentos metodológicos

Tabela 3.2	Caracterização da amostra por ano de escolaridade, género e idade	35
------------	---	----

Análise de conteúdo

Alunos dos 3º e 4º anos do 1º ciclo do ensino básico

Tabela 4.1-1	Representação da velhice	50
Tabela 4.1-2	Representação da velhice (cont.)	54
Tabela 4.1-3	Componente afectiva da atitude face à velhice	57
Tabela 4.1-4	Componente conactiva da atitude face à velhice	59
Tabela 4.1-5	Componente cognitiva da atitude face à velhice	62
Tabela 4.1-6	Representação do programa intergeracional – utentes	66
Tabela 4.1-7	Representação do programa intergeracional – utentes (cont.) ...	68
Tabela 4.1-8	Representação do programa intergeracional – actividades	69
Tabela 4.1-9	Componente afectiva da atitude face ao programa intergeracional	72
Tabela 4.1-10	Componente conactiva da atitude face ao programa intergeracional	73
Tabela 4.1-11	Componente conactiva da atitude face a novo programa intergeracional	74
Tabela 4.1-12	Representação de demência e de doença de Alzheimer	76

Alunos do 6º e dos 7º e 8º anos dos 2º e 3º ciclos do ensino básico

Tabela 4.2-13	Representação da velhice	80
Tabela 4.2-14	Representação da velhice (cont.)	81
Tabela 4.2-15	Componente conactiva da atitude face à velhice	82
Tabela 4.2-16	Componente cognitiva da atitude face à velhice	83
Tabela 4.2-17	Representação do programa intergeracional – utentes	85
Tabela 4.2-18	Representação do programa intergeracional – utentes (cont.) ...	86
Tabela 4.2-19	Representação do programa intergeracional – actividades	87
Tabela 4.2-20	Componente afectiva da atitude face ao programa intergeracional	88
Tabela 4.2-21	Componente conactiva da atitude face a novo programa intergeracional	89

Tabela 4.2-22	Representação de demência e de doença de Alzheimer	91
Tabela 4.2-23	Componente conactiva da atitude face a sessão de informação	92

Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

AA	Alzheimer's association
AE.MM	Agrupamento de escolas Manuel da Maia
APA	American psychiatric association
APCP	Associação portuguesa de cuidados paliativos
BN	Biblioteca nacional
B-ON	Biblioteca do conhecimento <i>online</i>
CIF	Classificação internacional de funcionalidade
DSDC	Dementia services development centre, University of Stirling
EAPC	European association of palliative care
EB1,J.I.VA	Escola básica do 1º ciclo com jardim-de-infância Vale de Alcântara
EB2,3.MM	Escola básica dos 2º e 3º ciclos Manuel da Maia
ERIC	Education resources information center
ESECB	Escola superior de educação de Castelo Branco
FLUL	Faculdade de letras da Universidade de Lisboa
FPUL	Faculdade de psicologia da Universidade de Lisboa
INE	Instituto nacional de estatística
ISCSP	Instituto superior de ciências sociais e políticas
JSTOR	Journal storage
LECMA	Ligue européenne contre la maladie d'Alzheimer
PORDATA	Base de dados de Portugal contemporâneo
POS	Play observational scale
SNRIPD	Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência
UN	United nations
ONU	Organização das nações unidas
WHO	World health organization
OMS	Organização mundial de saúde

1. Introdução

As mais recentes projecções de crescimento da população mundial revelam diferentes tendências conforme se trate de países desenvolvidos ou em vias de desenvolvimento (cf. UN, 2015a; UN, 2015b).

Mesmo entre os mais desenvolvidos existem diferenças significativas, como é o caso dos países europeus (UN, 2015b, p. 28). Em geral, a população do norte da Europa regista um envelhecimento paulatino que permite a aplicação de medidas governamentais a médio ou longo prazo. No entanto, nos países do sul europeu, já envelhecidos e sem perspectivas de renovação populacional, a intervenção tem de ser imediata e eficaz. E tal deverá passar, inevitavelmente, pela consciencialização da população e pelo seu envolvimento na resolução do problema, que não se resume apenas ao pagamento de impostos e a obrigações legais. É necessária formação cívica e conhecimento científico relevante sobre os diversos modos de envelhecer.

Em Portugal, durante a segunda metade do século passado, em particular nas três décadas que antecederam o séc. XXI, sucede uma série de condições que altera a tendência demográfica verificada até então, e que desequilibra as estatísticas nacionais, das quais se destacam os fluxos migratórios, a redução da taxa bruta de natalidade, e o aumento da expectativa de vida à nascença.

A migração populacional ora teve um impacto negativo na população residente, no decorrer dos anos setenta e oitenta do séc. XX, ora positivo, durante a década de noventa (Moreira, 2010, p. 398).

A taxa bruta de natalidade, que no final dos anos cinquenta do séc. XX era cerca de 24‰, diminui abruptamente para os 11,7‰ na viragem do século, mantendo essa tendência em 2015, ano em que se estima ter-se cifrado em 8,3‰ (PORDATA, 2017a). O decréscimo da fecundidade em muito contribui para a recente desproporção entre o número de nascimentos e a população nacional, uma vez que decresce acentuadamente desde os anos sessenta do séc. XX, período em que ainda se registavam 3,20 filhos por mulher, até ao ano 2015 cujos cálculos apontam para os 1,30 filhos por mulher (PORDATA, 2016). A projecção moderada para 2060 indica que este valor se manterá baixo, apesar de um ligeiro aumento até aos 1,55 filhos por mulher (INE, 2014, pp. 2, 5), ainda distante do limiar mínimo para assegurar a renovação geracional fixado em 2,10 filhos por mulher (PORDATA, 2016).

Em meados do séc. XX a expectativa de vida à nascença mantinha-se reduzida para ambos os sexos, 60,7 anos para os homens e 66,4 anos para as mulheres. Porém, no dealbar do séc. XXI já se regista um aumento significativo, atingindo os 72,9 anos para os homens e 79,9 anos para as mulheres. Cerca de década e meia depois estima-se que esse valor tenha aumentado para 77,4 anos e 83,2 anos, respectivamente, para homens e mulheres (PORDATA, 2017b). As projecções para meados deste século prevêem que a tendência ascendente se mantenha constante, devendo chegar aos 84,2 anos para homens e 89,9 anos para as mulheres (INE, 2014, pp. 2, 5).

Se no final da década de sessenta os jovens representavam 28,5% da população, ao passo que os mais velhos 9,7% (PORDATA, 2015); no derradeiro ano do século essas percentagens aproximam-se uma da outra, dado que a população jovem decresce para os 16,4% e a mais velha aumenta até os 16,2% (PORDATA, 2017c). Este desequilíbrio demográfico acentuar-se-á ao longo da primeira metade do séc. XXI. Em 2015 os mais velhos configuravam 20,5% da população nacional, enquanto os jovens 14,2% (PORDATA, 2017c); ao passo que para 2060 se prevê, num cenário moderado, que a percentagem de população jovem não ultrapasse os 2/3 da de velhos, cifrando-se em 11,6% e 35,5% da totalidade da população, respectivamente (INE, 2014, p.7).

Esta evolução do envelhecimento populacional desde meados do séc. XX teve consequências que não se cingiram a questões demográficas, pois influenciaram igualmente a organização social e os cuidados de saúde (Moreira, 2010, p. 399). A evolução demográfica é apenas mais um factor de um conjunto de determinantes que influenciam o futuro de cada país, mas sobressai dentre todos por ser crucial para a sua sobrevivência (Kent & Haub, 2005).

Ao longo dos anos foram sendo redigidos documentos que versavam sobre o envelhecimento humano e os problemas que daí advinham. A partir de 1982, ano em que a ONU realizou, em Viena, a *I Assembleia mundial sobre o envelhecimento*, começaram a surgir várias iniciativas e declarações, internacionais e europeias, subordinadas à população mais velha, das quais se destacam: *Plano de acção internacional de Viena para o envelhecimento* (1982); *Princípios das Nações Unidas em favor das pessoas idosas* (1991); *Ano europeu dos idosos e da solidariedade entre gerações* (1993); *Ano internacional da pessoa idosa* (1999); *Para uma Europa de todas as idades* (1999); *O futuro dos cuidados de saúde e dos cuidados para as pessoas idosas* (2001); *Plano internacional de Madrid para o envelhecimento* (2002); *Estratégia europeia para o emprego* (2002); *Uma nova solidariedade entre gerações face às mutações demográficas* (2005); *O futuro demográfico da Europa – transformar um desafio em oportunidade* (2006) e *Ano europeu do envelhecimento activo e da solidariedade intergeracional* (2012).

Pelo referido e porque as atitudes negativas perante o processo de envelhecimento continuam arreigadas na sociedade, pode afirmar-se que se torna necessário o reforço consecutivo dos princípios que defendem a população mais velha. Se aquelas atitudes não se alterarem, existe a possibilidade do conflito entre gerações se agudizar devido a preconceitos e estereótipos perniciosos. Estes tipos de atitude dificultam a efectiva participação dos mais velhos, apesar de volvidos mais de trinta anos após a redacção do primeiro documento mundial sobre o assunto.

Se aos dados demográficos, indicados acima, se acrescentarem os referentes à prevalência de demência, constatar-se-á a aproximação de um desafio que exige uma resposta urgente, de modo a amenizar os graves problemas sociais que se antevêm. As estimativas sugerem que, em meados do século, existirão mais de 131,5 milhões de seres humanos com demência em todo mundo (cf. Prince *et al.*, 2015, p. 22).

Esse fenómeno, que está associado ao envelhecimento populacional, alargou o interesse dos investigadores, nomeadamente daqueles que estudam os efeitos de programas intergeracionais nas relações entre crianças e velhos.

Perseguindo o mesmo objectivo e acreditando que a familiarização com a demência, desde a infância e em ambiente controlado, pode ter efeitos positivos a longo prazo; o presente estudo procura entender o impacto de um programa intergeracional, entre crianças em idade pré-escolar e pessoas com demência, ao longo dos anos até à idade adulta.

2. Enquadramento temático

Apesar do grande interesse científico sobre as representações sociais e a génese e transformação das relações grupais, vários pesquisadores demonstram dificuldades em expor, claramente, os seus conceitos devido, não raras vezes, ao uso impreciso ou ambíguo de definições. A consulta de revisões de literatura e meta-análises científicas, que recolhem e comparam diferentes estudos sobre um mesmo tema, reflecte isso mesmo. Por esse motivo, tornaram-se necessárias a pesquisa e a síntese de dados oriundos de concepções teóricas capazes de transpor esses dilemas hermenêuticos e de consolidar o contexto teórico que se apresenta de seguida.

2.1 Demência

A perda de algumas capacidades cognitivas ao longo do tempo é normal e faz parte do envelhecimento (cf. Guerreiro, 2005/2012, p. 88). Por vezes, esse declínio é mais acentuado do que seria expectável mas, apesar de alguns problemas de memória, as capacidades de raciocínio e de avaliação das várias situações do dia-a-dia, persistem, pelo que as pessoas se mantêm independentes.

É, sobretudo, necessário distinguir uma doença do cérebro do seu envelhecimento normal ou de situações psicológicas, como os estados depressivos, por exemplo, que podem apresentar sintomas semelhantes (cf. Guerreiro, 2005/2012, p. 88).

O termo demência define uma síndrome devida a doenças cerebrais, normalmente crónicas, que afectam os neurónios do cérebro, progressiva e irreversivelmente, até à sua morte e que provocam a perda de memória e das capacidades intelectuais, como o raciocínio, a linguagem ou a orientação, podendo também causar a diminuição da coordenação psicomotora (cf. APA, 2000/2002, pp. 148-9; Prince & Jackson, 2009, p. 14). O seu desenvolvimento varia com o tipo de doença que a desencadeia e com as características individuais de cada doente.

Uma das doenças cuja sintomatologia é abrangida na definição de demência é a doença de Alzheimer (cf. AA, 2015, p. 2), descrita pela primeira vez no início do séc. XX, após a descoberta de uma doença própria do córtex cerebral que afectava os neurónios, devido à presença simultânea de dois tipos de lesão no cérebro: as placas amilóides, que agregam proteína beta-amiloide; e a degenerescência neurofibrilar, na qual participa a proteína tau (Chudler, s.d.; LECMA, [2013]).

Estas duas lesões cerebrais começam a formar-se cerca de 10 a 15 anos antes do aparecimento dos primeiros sintomas da doença de Alzheimer e propagam-se de maneira diferente no cérebro. A degenerescência neurofibrilar desenvolve-se a partir do hipocampo, essencial para a memória e a aprendizagem, difundindo-se centrifugamente a todo o cérebro, do que resulta a atrofia deste órgão e a sua disfunção global. A progressão desta lesão corresponde aos sintomas da doença de Alzheimer que inicia com perturbações da memória, da linguagem, de reconhecimento e a perda de capacidades psicomotoras. Por seu lado, a progressão das placas amilóides, faz-se a partir do córtex, depois no hipocampo, espalhando-se, de seguida, centripetamente por todo o cérebro (Chudler, s.d.; LECMA, [2013]).

Considerando que um risco é a possibilidade de alguma coisa prejudicial vir a acontecer e que um factor de risco é uma determinada condição que o propicia, pode afirmar-se que o risco de desenvolver demência depende da combinação de determinados factores de risco. Mas a existência desses factores não significa a inevitabilidade do desenvolvimento de qualquer doença; nem que dois indivíduos, sujeitos a factores de risco semelhantes, forçosamente manifestarão a doença da

mesma maneira, se é que algum deles a desenvolverá. Assim, embora alguns factores de risco não possam ser controlados, como a idade e a genética, outros dependem das atitudes e estilo de vida individuais, tais como: lesões traumáticas do cérebro, devidas a quedas ou pancadas violentas; hábitos alimentares desequilibrados; obesidade; hipertensão; diabetes; elevados níveis de colesterol; tabagismo; depressão; e, distúrbios do sono (cf. Baumgart *et al.*, 2015, pp. 721-2; Nunes, 2014, pp. 45-6). Se é verdade que essas situações devem ser evitadas, a adopção de certos hábitos de vida também parece ajudar a manutenção saudável do cérebro. A evidência científica sugere que, a actividade física e intelectual regular, a preferência por uma dieta mediterrânica e a socialização podem retardar tanto o declínio cognitivo como a demência (cf. Baumgart *et al.*, 2015, pp. 721-3).

No processo natural de envelhecimento são normais as alterações no desenvolvimento e funcionamento do sistema nervoso central, situação que se acentua em pessoas mais velhas com défices nas funções cerebrais, como é o caso daquelas com doença de Alzheimer. Com o propósito de controlar esse facto, ao longo de várias décadas, têm sido recomendados variados tipos de tratamentos não farmacológicos, que se sabe apenas surtirem efeitos preventivos satisfatórios se iniciados antes da detecção da doença. Os benefícios desses programas de *brain fitness* são similares aos do exercício físico, ou seja, não se obtêm bons resultados se o paciente, ao longo da sua vida, nunca treinou o raciocínio e a memória (Caldas, 2008, p. 192).

Algumas terapias actuam sobre o comportamento, o que é muito importante, dado que cerca de metade das pessoas com demência apresenta sintomas de agitação periodicamente, mês após mês, mantendo-se nessa condição, na sua maioria, durante seis meses; mas também porque o uso de medicamentos nesses casos pode precipitar o declínio cognitivo e a morte (Livingston *et al.*, 2014, p. 439).

A evidência científica demonstra que, pela sua eficiência a longo prazo, as actividades que produzem melhores efeitos são as que se centram nos interesses e na história de vida particulares das pessoas com demência, bem como as que incidem na estimulação sensorial (Livingston *et al.*, 2014, pp. 437-9). Para cujos resultados interfere, muito provavelmente, a qualidade do cuidado prestado, que se deve basear no respeito pela dignidade do ser humano e na empatia (cf. Gineste & Pellissier, 2007/2008, pp. 16, 40-2; Martínez, Díaz-Veiga, Sancho & Rodríguez, 2014, p. 1; Phaneuf, 2007/2010, pp. 4-5).

Por exemplo, tendo em consideração que as memórias não se perdem e que apenas não se consegue ter acesso a elas, algumas terapias procuram resgatar momentos significativos da vida das pessoas com demência mediante uma variedade de estímulos sensoriais, nomeadamente, através da utilização de música e de sons familiares que permitam o acesso a emoções remotas e positivas que lhes estão associadas (Tomaino, 2002, pp. 2-3). Isso sucede porque os doentes podem perder totalmente as memórias concretas mas não as emoções que lhes estão associadas, como o carinho e o amor que experienciaram. Pela mesma razão se acredita que,

apesar dos doentes de Alzheimer, no estágio final da doença, terem perdido a capacidade de reconhecer os rostos dos seus entes queridos, ainda são capazes de os associar a experiências emocionalmente importantes (Duarte, 2006, p. 31). Por exemplo, pode não reconhecer o rosto dos filhos mas, se a relação entre eles foi feliz no passado, a sua presença ou a do seu retrato poderá apaziguar o seu espírito, pois evocará sensações agradáveis. Porém, a utilização destas terapias implica o envolvimento de familiares ou amigos do doente, já que é fundamental saber quais são os episódios do passado apropriados às sessões terapêuticas, que deverão ser específicas para cada indivíduo. Esse procedimento é essencial para não se correr o risco de programar uma actividade que provoque uma qualquer perturbação nos participantes. Acima de tudo, qualquer que seja a terapia adoptada, é necessário ter presente que todas as mensagens não-verbais são percebidas pelas pessoas com demência. O que implica cuidado no tom de voz empregue, nos gestos e na postura perante o outro e, sobretudo, na expressão do rosto, já que esta complementa ou pode mesmo substituir a comunicação verbal (*cf.* Gineste & Pellissier, 2007/2008, pp. 306-8).

2.2 Atitudes

Uma atitude pode ser definida como uma tendência psicológica individual, expressa pela intensidade da resposta favorável ou desfavorável a um determinado estímulo (Eagly & Chaiken, 1998, p. 269), determinada pela avaliação, preferência ou normas de conduta aprendidas (Palmore, 1982, p. 342). Este estímulo pode ser abstracto ou concreto, singular ou colectivo; ou seja, pode configurar-se num conceito ou num objecto, referir-se a um único elemento ou a grupos (Eagley & Chaiken, 1998, p. 269).

O facto de se tratar de um constructo resultante de mecanismos internos e exclusivos, e da sua duração ser inconstante, devido às múltiplas referências e experiências de vida envolvidas, não permite a sua observação directa. Daí que se procure inferir e avaliar as atitudes através de diferentes metodologias de pesquisa (Eagly & Chaiken, 1998, p. 269), as quais permitem, igualmente, perceber qual é a sua consistência (Kite, Stockdale, Whitley Jr & Johnson, 2005, p. 245).

No que respeita ao tipo de atitudes assumidas para com a velhice, estas reflectem-se nos preconceitos e estereótipos que a sociedade elabora sobre a população mais velha, condicionando a sua qualidade de vida (*cf.* Palmore, 1982, p. 333) por influenciarem, normalmente de maneira negativa, os comportamentos em sociedade. Pelo que, desde meados do século passado, vários investigadores se debruçam sobre os seus determinantes e o modo como se pode alterar essas atitudes na população em geral (*cf.* Palmore, 1982, p. 333) ou em crianças, em particular (*cf.* Aday, Sims & Evans, 1991, p. 372; Aday, Sims, McDuffie & Evans, 1996, p. 144).

A profusão de estudos publicados desde então, no entanto, ao invés de proporcionar um manancial de conhecimento que permitisse a definição clara de

programas para combater a perenidade de preconceitos e estereótipos, tornou difícil tirar conclusões definitivas sobre o assunto. Principalmente, porque as metodologias utilizadas nos diferentes estudos são diversificadas, variando quer nos instrumentos de avaliação escolhidos quer nas características das amostras (*cf.* Aday, Sims & Evans, 1991, p. 372; Beelmann & Heinemann, 2014, pp. 20, 21; Palmore, 1982, p. 342), originando resultados, por vezes, contraditórios. Apesar disso, outras variáveis podem interferir na comparação dos estudos, como a cultura ou o período histórico em que incidem as investigações (*cf.* Palmore, 1982, p. 335).

As atitudes das crianças derivam dos valores e crenças familiares, das interações sociais com os seus pares, da influência dos professores e dos média (Aday, Sims & Evans, 1991, p. 373). Se estas referências destacarem, sobretudo, os aspectos negativos do envelhecimento, é natural que as crianças adquiram atitudes adversas à velhice, incluindo a sua, que perdurarão ao longo da vida (*cf.* AAVV citados por Aday, Sims & Evans, 1991, pp. 373-4). Se, entretanto, não se intervier no sentido de alterar preconceitos e estereótipos (*cf.* AAVV citados por Aday, Sims, McDuffie & Evans, 1996, p. 144).

As escolas podem ter um papel muito importante na alteração do modo como as crianças percebem o processo de envelhecimento (Aday, Sims, McDuffie & Evans, 1996, p. 143). Por, em princípio, terem os meios necessários e apropriados para reforçarem os aspectos positivos da velhice.

Apesar de não serem numerosos os estudos longitudinais sobre os efeitos de programas intergeracionais nas atitudes dos participantes mais novos (*cf.* Aday, Sims, McDuffie & Evans, 1996, pp. 144-5; Beelmann & Heinemann, 2014, p. 21), os existentes sugerem haver benefícios duradouros. Alguns resultados indicam que as crianças envolvidas nesses programas têm uma percepção positiva do envelhecimento que perdura no tempo (Aday, Sims, McDuffie & Evans, 1996, p. 150). Pelo menos, se aqueles forem frequentes e privilegiarem a qualidade das relações (*cf.* Schwartz & Simmons, 2001, pp. 135-6), respeitando algumas condições essenciais, que garantam não haver supremacia de um grupo sobre o outro, bem como uma relação de intimidade que seja agradável e significativa para todos os participantes (*cf.* Seefeldt citado por Aday, Sims, McDuffie & Evans, 1996, p. 150). Para o que concorrerá, também, o tipo de metodologia adoptada, ou seja, se os programas se apoiam na discussão de ideias entre pares, no contacto directo com um grupo determinado ou na disponibilização de informação sobre o assunto (*cf.* AAVV citados por Aday, Sims & Evans, 1991, p. 374).

Em geral, pode afirmar-se que, mediante aqueles programas, as crianças são capazes de reconhecer qualidades positivas nos mais velhos. O que, conseqüentemente, origina a redução dos preconceitos e a desmistificação de estereótipos a respeito da velhice, assim como uma melhor interação entre os grupos (*cf.* Aday, Sims, McDuffie & Evans, 1996, pp. 150-1; Beelmann & Heinemann, 2014, p. 21).

No entanto, a tentativa de alteração de atitudes não se pode restringir aos currículos escolares, devendo abranger igualmente medidas legislativas, campanhas

mediáticas, a formação dos encarregados de educação e professores (*cf.* Beelmann & Heinemann, 2014, p. 21; Page, Olivas, Driver & Driver, 1981, p. 46), sem esquecer a dos profissionais cuja actividade propicia o contacto directo com pessoas mais velhas (*cf.* Neri & Jorge, 2006, p. 136).

Muito utilizado na pesquisa sobre atitudes, o modelo tripartido defende que uma atitude é o resultado de múltiplas respostas a um estímulo prévio, que se podem analisar segundo as suas dimensões emocional, cognitiva e intencional, que se manifestam, respectivamente, nas emoções, no seu processamento mental, bem como nos propósitos de um determinado indivíduo em relação àquele estímulo (*cf.* Breckler, 1984, p. 1191).

Todavia, dada a ambiguidade de definições, muitas vezes contraditórias, é necessário apresentar os conceitos utilizados no presente trabalho, nomeadamente no que concerne às definições de emoção e sentimento e de preconceito e estereótipo.

2.2.1 Emoções e sentimentos

As definições de emoção e o papel que esta desempenha na vida dos seres humanos estão longe de ser consensuais entre a comunidade científica, devido, sobretudo, à ambiguidade do termo (Plutchik, 2001, p. 344), que muitas vezes se confunde com sentimento. Por outro lado, a interpretação pessoal que cada indivíduo elabora sobre as manifestações involuntárias que experiencia, constitui também outro factor que dificulta o estudo neste campo (Plutchik, 2001, p. 344). Ainda assim, o reconhecimento das emoções para as relações humanas é tal (Plutchik, 2001, p. 348) que, o seu estudo nunca deixou de atrair os pesquisadores das ciências sociais e da psicologia.

Fundamentalmente, as emoções operam-se no corpo, muitas vezes através de movimentos quase imperceptíveis; enquanto os sentimentos são processados na mente (Damásio, 2003/2012, pp. 21, 41-2). Ou seja, as primeiras transparecem ao olhar dos outros e os seguintes pertencem exclusivamente a cada indivíduo. Interferindo, umas e os outros, nos comportamentos de cada indivíduo.

A evidência produzida ao longo das últimas décadas sugere que as emoções geradas por um determinado estímulo, o processo cognitivo que lhes pode estar subjacente e a predisposição para a acção subsequente confluem num processo adaptativo – caracterizado por uma série de eventos que se reflectem física e psicologicamente, bem como em intenções ou comportamentos objectivos (Plutchik, 2001, pp. 345-6; Damásio, 2003/2012, p. 21). Estas reacções sucedem numa tentativa do ser humano para restaurar o seu estado de homeostase prévio a uma estimulação inesperada (Plutchik, 2001, pp. 346, 347; Damásio, 2003/2012, p. 21), podendo afectar o próprio estímulo que as desencadeou (Plutchik, 2001, p. 348). Nesse processo de adaptação, todos aqueles fenómenos podem relacionar-se entre si, sendo natural que

das manifestações corporais resultem construções mentais e que os pensamentos produzam alterações físicas (Damásio, 2003/2012, p. 21).

Todas estas alterações, induzidas em diferentes partes do corpo, podem originar sentimentos se se tiver consciência delas, porém nem todos os sentimentos provêm de emoções (Damásio, 1994/2005, p. 157). Às reacções automáticas e inatas a um estímulo, características dos primeiros anos de infância, seguem as emoções que advêm da experiência de cada indivíduo ao longo da vida (Damásio, 1994/2005, pp. 147-8). Esta aprendizagem é que habilita o ser humano para a socialização, pois permite a adaptação, consciente ou inconsciente, dos seus comportamentos aos estímulos, decorrentes quer de relações sociais quer de introspecções individuais (Plutchik, 2001, pp. 348, 350).

2.2.2 Preconceitos e estereótipos

Os preconceitos incorporados na infância são apreendidos, simultaneamente, por uma via directa, mediante o convívio íntimo da criança, ou indirectamente, através do ambiente que a rodeia. Assim, os preconceitos podem ser adoptados por influência familiar ou desenvolvidos através da transferência de crenças e antagonismos, transmitidos por expressões verbais ou comportamentos na comunidade ou sociedade em que a criança se insere (Allport, 1954/1979, p. 297). Os efeitos dessas influências tendem a determinar as suas atitudes.

A criança que se sente segura e amada pelos seus familiares elabora conceitos de igualdade e confiança, que a predispõe à tolerância e à expressão das suas emoções de maneira positiva e sem constrangimentos. O que não acontece com as crianças educadas de forma austera, punitiva ou negligente, que se sentem reprimidas e menosprezadas, tornando-se apreensivas. Consequentemente, a sua conceptualização das relações interpessoais tende a resumir-se a um modelo hierárquico e autoritário. Daí que se presuma que educações opressoras ou negligentes facilitam o desenvolvimento de preconceitos (Allport, 1961/1966, p. 533; Allport, 1954/1979, p. 299).

O modo como as crianças são tratadas e a qualidade do ambiente que as rodeia podem ser cruciais para o desenvolvimento precoce de preconceitos. Isto é, as atitudes negativas a que a criança é sujeita, nesta fase da vida, geram emoções e sentimentos perturbadores, que facilmente são orientados para indivíduos ou grupos em situação de desvantagem. Conjuntamente, estes processos contribuem para a estruturação dos primeiros preconceitos do indivíduo (Allport, 1954/1979, p. 297).

Os primeiros seis anos de vida, embora não assumam toda a responsabilidade na definição das representações sociais de cada indivíduo, são fundamentais para consolidar as suas atitudes perante a sociedade (Allport, 1954/1979, p. 297). O pensamento da criança, durante este período, é elaborado através de diversas experiências processadas de modo isolado, conformando-se a cada lugar vivenciado no momento presente (Allport, 1954/1979, p. 308), sem que haja uma distinção nítida de

estímulos diferentes em simultâneo. Razão pela qual, nessas idades, se tende a generalizar conceitos. Contudo, este processo de categorização, ainda muito indefinido na infância, é de crucial importância. A selecção e agrupamento de vários estímulos semelhantes, em categorias, facilita a rápida identificação de cada um deles, permitindo ao ser humano ajustar o seu comportamento de acordo com a infinidade de estímulos que o rodeia (Allport, 1961/1966, p. 130).

Apesar da imaturidade do pensamento infantil, os termos classificativos são fundamentais para o desenvolvimento cognitivo. Aqueles são aprendidos e utilizados pelas crianças ainda antes de lhes conhecerem o significado ou terem capacidade para os classificar categoricamente (Allport, 1954/1979, p. 308; Burke citado por Aday, Sims, McDuffie & Evans, 1996, p. 144). Este primeiro contacto com o sistema de categorias não lhes permite mais do que replicar o vocabulário utilizado pelos adultos, pois não entendem nem o seu significado nem a repercussão que podem causar. Só após seis a oito anos de vida as crianças já se terão identificado com um determinado grupo e apreendido o seu modo próprio de categorização, o que o leva a seleccionar e rejeitar tudo o que não se insere nos seus parâmetros. Mas a manifestação desse repúdio é dúbia porque, apesar de verbalizado, não transparece na sua conduta com os objectos visados (Allport, 1954/1979, pp. 309-10; Corbin *et al.* citados por Aday, Sims, McDuffie & Evans, 1996, p. 144). Um pouco mais tarde, aos 12 anos, inverte-se a forma de exteriorizar os seus preconceitos – o seu comportamento passa a ser claramente preconceituoso, embora a criança comece a inteirar-se das normas sociais que regem as relações interpessoais (Allport, 1954/1979, p. 310). Durante a puberdade, cerca dos 15 anos de idade, os jovens já adquiriram capacidade para adequar as suas acções às circunstâncias. Por esta altura, mimetizam a conduta dos adultos, destrinchando as situações em que devem reprimir a exposição dos seus preconceitos daquelas em que lhes podem dar rédea solta (Allport, 1954/1979, p. 310; AAVV citados por Aday, Sims, McDuffie & Evans, 1996, p. 144). A capacidade de diferenciação racional, ou seja, a avaliação isenta dos atributos do estímulo, que permite a identificação das suas qualidades específicas, surge normalmente mais tarde, perto da idade adulta, possibilitando a passagem do geral para o concreto e a modificação do conjunto de categorias associado ao objecto de representação, o que evita a generalização inapropriada, característica dos preconceitos (Allport, 1961/1966, p. 130; Allport, 1954/1979, pp. 308-9).

2.2.3 Idadismo

As atitudes tomadas de acordo com a faixa etária dos visados começaram a ser estudadas há quase meio século (*cf.* Marques, 2011, p. 17), em particular as que incidiam sobre a população envelhecida. Apesar do termo idadismo também agregar as atitudes face a outros grupos etários, como as crianças ou os jovens (Marques, 2011, p. 18).

No que concerne às atitudes desenvolvidas sobre os mais velhos, tal como na definição geral, este idadismo concentra as componentes essenciais do modelo tripartido (*cf.* Cuddy & Fiske, 2004, p. 4; Marques, 2011, pp. 18-9). A sua variabilidade depende do modo como os indivíduos são caracterizados, nomeadamente, de acordo com o seu estatuto e a sua pretensão sobre os recursos partilhados (Fiske, Cuddy, Glick & Xu, 2002, p. 881). Tal como qualquer outra atitude, não têm um carácter estático, pois variam ao longo do tempo, como resultado de alterações na estrutura social. Porém, a tendência pende, invariavelmente, para a diminuição do estatuto social dos mais velhos e o seu afastamento dos papéis sociais mais importantes (*cf.* Cuddy & Fiske, 2004, pp. 17-8). Valerá a pena sublinhar que, a distinção dos indivíduos conforme a idade, por si só, não deve ser entendido como um procedimento ofensivo, dado que a utilização que se faz dela é que pode ser perniciosa (*cf.* Cuddy & Fiske, 2004, p. 3).

Em geral, o idadismo para com os mais velhos reflecte-se em várias condutas sociais discriminatórias (*cf.* Zebrowitz & Montepare citados por Cuddy & Fiske, 2004, p. 18), que se disseminam através da assimilação de crenças culturais erróneas. Disso derivam comportamentos consonantes, tais como: discursos infantilizados, desdenhosos ou propositadamente pouco complexos dirigidos aos mais velhos; desvalorização das suas capacidades produtiva e de adaptação a novas metodologias de trabalho; ou, negação de serviços e avaliações médicas (*cf.* AAVV citados por Cuddy & Fiske, 2004, p. 18).

Ao procederem dessa maneira discriminatória, as gerações mais novas mais não fazem do que proteger a sua prévia concepção de velhice de qualquer informação que a ponha em causa, forçando a reformulação de conceitos, tendo em conta a heterogeneidade resultante de diversas formas de envelhecer (*cf.* Cuddy & Fiske, 2004, p. 18). Acima de tudo, procuram evitar o reconhecimento de que o processo de envelhecimento é universal e natural, e que, afinal, também vão ficar mais velhas (*cf.* Marques, 2011, pp. 50-1), acabando por morrer. Facto que, em parte, explicará o receio de conviver com os mais velhos (Cuddy & Fiske, 2004, p. 3), e de testemunhar de perto a vulnerabilidade, em especial, quando se trata de pacientes com doenças incuráveis.

As atitudes negativas face aos mais velhos não são exclusivas das sociedades contemporâneas (*cf.* Marques, 2011, p. 43), ainda assim, parece que nunca, como nos dias de hoje, a população mais velha foi tão desconsiderada pela maior parte da população jovem e activa. Nos países desenvolvidos do ocidente, a população mais velha tende a ser considerada inapta física e cognitivamente (Cuddy & Fiske, 2004, p. 17). O que favorece, por um lado, manifestações de paternalismo e simpatia, se ainda são socialmente aceites (*cf.* Cuddy & Fiske, 2004, p. 17; Fiske *et al.*, 2002, p. 880); e, por outro, o repúdio ostensivo por parte dos mais novos (*cf.* Fiske *et al.*, 2002, p. 881), quando apenas representam uma avultada despesa para o erário público, sem que se perceba a sua efectiva contribuição para o bem comum. Esta segunda visão é tanto mais marcante quanto maiores forem os problemas nas economias nacionais e começou a ganhar destaque logo que as estruturas sociais se alteraram, devido à passagem de uma sociedade essencialmente agrária para uma sociedade industrializada. Em geral, essa

transformação acarretou mudanças acentuadas: 1) melhoria dos cuidados de saúde, que provocou o aumento da expectativa de vida, a institucionalização da reforma e a consequente desvalorização do trabalho dos mais velhos; 2) criação de novos postos de trabalho com metodologias mais exigentes; 3) urbanização e consequente alteração dos laços familiares, devido à migração da população mais jovem, do meio rural para as cidades; e, 4) educação pública, que extinguiu o papel dos mais velhos como transmissores privilegiados do conhecimento e sabedoria (*cf.* Cuddy & Fiske, 2004, pp. 12-3; Marques, 2011, pp. 43-5). Isso ditou o afastamento dos mais velhos do mercado de trabalho, diminuindo o seu poder de compra, ao mesmo tempo que desmembrava as famílias, alterando os papéis dos seus diversos elementos; o que, em conjunto, modificou a percepção da velhice e do estatuto daqueles (Cuddy & Fiske, 2004, p. 12).

Acreditando na importância do controlo sobre a origem e os efeitos do idadismo, criaram-se vários programas educacionais, com diferentes metodologias e suportes teóricos, que se supõe constituírem uma maneira viável de fomentar o respeito e o apreço mútuo entre grupos de diversa idade (*cf.* Cuddy & Fiske, 2004, p. 19).

2.3 Teorias da educação

2.3.1 Maria Montessori

No princípio do século XX começaram a desenvolver-se as primeiras estratégias educativas, fruto do reconhecimento da importância do estímulo sensorial nos primeiros anos de vida, e da identificação de períodos sensíveis ao desenvolvimento de capacidades cognitivas e motoras específicas (Gutek, 2003, p. 185; Mooney, 2000, p. 24). Estes constituiriam os factores determinantes implicados no desenvolvimento intelectual de crianças e adolescentes, quaisquer que fossem as suas origens sociais ou meio cultural (Montessori citada por Gutek, 2003, p. 177).

Pode afirmar-se que, o novo modelo de ensino assentava em algumas técnicas pedagógicas sob o pressuposto de que educar crianças mediante materiais didácticos específicos, adaptados às suas características físicas e cognitivas, e a promoção de autodisciplina e autonomia, facilitava o treino de habilidades nas crianças. No entanto, não se restringia às crianças, dado que o seu conceito alargava a intervenção ao meio familiar (Gutek, 2003, pp. 173, 174; Mooney, 2000, pp. 23, 29-30).

A nova abordagem tinha em conta as características singulares dos alunos e do meio em que se desenvolviam (Gutek, 2003, p. 172), num período em que a psicologia infantil ainda não fora estudada cientificamente (Montessori citada por Gutek, 2003, p. 176). Até então o sistema educativo desencorajava as crianças e os jovens a pensar, baseando a sua instrução na memorização das matérias, sem qualquer oportunidade para exprimir as suas próprias opiniões (Gutek, 2003, p. 172).

Esse ensaio metodológico fez-se acompanhar da designada antropologia pedagógica (Montessori citada por Gutek, 2003, p. 174) que advogava a necessidade do

estudo e registo das alterações verificadas nas crianças, nas várias fases de crescimento.

Educar, segundo esta nova metodologia, pressupõe que os primeiros seis anos de vida são cruciais para a aprendizagem, devendo ter presente que cada aluno é um indivíduo com necessidades e interesses particulares, com capacidades sensoriais e intelectuais inatas, que lhe possibilitam a assimilação da informação do meio ambiente. Mas, para que isso aconteça, devem estar reunidas as condições para a fruição plena das actividades que realiza (Gutek, 2003, p. 178).

Inicialmente, os seres humanos apenas absorverão inconscientemente os estímulos ambientais, que só se tornam conscientes a partir dos três anos de idade. Este amplo processo cognitivo, afectivo e sensorial intensifica-se até aos seis anos, possibilitando, num segundo período, que se estende até aos doze anos de idade, o desenvolvimento do pensamento lógico e a construção identitária da criança. Já em plena adolescência, verificam-se profundas modificações físicas, mentais e sociais que reforçam as suas identidades individual e grupal (Montessori citada por Gutek, 2003, p. 179).

Incidindo apenas nos primeiros anos de vida, até aos seis anos de idade, e tendo em atenção o carácter absorvente do contacto com o meio envolvente, entende esta metodologia que a qualidade dos estímulos influencia a aprendizagem das crianças, mesmo que, numa primeira fase, isso ocorra de modo inconsciente (Gutek, 2003, p. 179). Só mediante a interacção com o mundo que a rodeia, a criança adquire a capacidade de construir uma rede de relações, fundamentais para o desenvolvimento cognitivo e afectivo de uma personalidade saudável (Montessori citada por Gutek, 2003, p. 180). Este período exige um especial cuidado na adequação das actividades às necessidades motoras da criança e à sua ânsia de sucesso em cada empreendimento. Para o que, é importante que o meio ambiente, onde decorrem as actividades, seja propício à estruturação do conhecimento e permita o exercício da autonomia (Gutek, 2003, pp. 180-1).

O processo de aprendizagem entende-se como inato e espontâneo, daí que o objectivo primordial da educação deva ser a reunião das condições necessárias para o desenvolvimento pessoal das crianças, no sentido da sua autonomia funcional, reforçando a autoconfiança e o autocontrolo (Gutek, 2003, pp. 183-4; Mooney, 2000, p. 30). Nesse processo são determinantes as características fisiológicas e psíquicas individuais dos alunos, o material didáctico e as condições ambientais disponíveis (Gutek, 2003, p. 182). Sem esquecer o papel importante dos professores, pois se as crianças forem bem orientadas e tiverem uma referência exemplar, pelo menos na escola, aprendem naturalmente a tirar partido das suas capacidades individuais e a utilizá-las em colaboração com os seus pares, sem que disso advenha qualquer sentimento de dever obrigatório, de cariz negativo (Silva, 1939/1991, pp. 73-4). De outro modo, os alunos poderiam adoptar atitudes egoístas e demonstrar indiferença pelos outros (Silva, 1939/1991, p. 72).

Considerando que qualquer ser humano nasce com a propensão para o refinamento das suas capacidades físicas e psicológicas ao longo da vida, pode afirmar-se que todos os indivíduos experimentam aquelas diversas fases de desenvolvimento, independentemente da sua cultura ou origem geográfica (Montessori citada por Gutek, 2003, p. 182). Justificando a ideia de que é necessário adequar as actividades aos interesses e capacidades particulares de cada criança, de modo a instigar, permanentemente, a superação de dificuldades (Hunt citado por Gutek, 2003, p. 183). As condições ambientais intervêm naquele processo, na medida em que quanto mais liberdade de acção e independência as crianças tiverem, maior será o seu controlo sobre si, sobre o meio e sobre as suas relações sociais (Gutek, 2003, p. 184; Silva, 1939/1991, p. 45), em especial, interpares.

2.3.2 Lev Vygotsky

O desenvolvimento das capacidades mentais não é estritamente um processo biológico nem necessariamente individual, dado que advêm da interacção social com o meio que rodeia o indivíduo e da cultura e momento histórico em que este se insere (*cf.* Mooney, 2000, p. 91; Tudge & Scrimsher, 2003, pp. 209, 222). É nesse processo de aprendizagem com o outro que se desencadeia a acção e a palavra, em que a primeira precede sempre a seguinte (Mooney, 2000, p. 92), e não como um mera reacção. Por outro lado, atendendo a que a linguagem surge após a consciência do outro e de si próprio, pode afirmar-se que esta se reflecte em cada palavra partilhada (Vygotsky, 1934/2012, pp. 270-1).

As palavras são cruciais para a definição de conceitos nos seres humanos. Estes, durante a infância, começam a agrupar diversos objectos sob um nome comum e familiar. Posteriormente, este processo de classificação toma em consideração determinados atributos que caracterizam cada objecto, potenciando a conceptualização do mundo que rodeia cada indivíduo (Vygotsky, 1934/2012, p. 154). Por esse motivo se consideram tão importantes as conversas entre as crianças, através das quais podem desenvolver as suas habilidades cognitivas e de comunicação. Desse modo, fica facilitado o seu modo de ver o mundo (Mooney, 2000, pp. 89-90), mesmo que ainda não consigam pensar abstractamente, por não terem um suporte conceptual consistente que permita uma classificação clara de todos os estímulos a que é submetida (Vygotsky, 1934/2012, p. 153), que se aprimorará ao longo do tempo.

Uma questão fulcral desta teoria será a noção de que a criança precisa de ser activamente envolvida num processo mútuo de aprendizagem, que contemple a inter-relação com alguém mais competente que o auxilie a ultrapassar as suas dificuldades (*cf.* Tudge & Scrimsher, 2003, pp. 223-4).

2.3.3 Jerome Bruner

Das características biológicas à variedade simbólica cultural que permite a vida em sociedade, a multidimensionalidade da condição humana não facilita a sua compreensão. O ser humano está numa permanente dialéctica entre as suas limitações físicas e a sua capacidade imaginar e criar outros mundos possíveis. Processo que, necessariamente, é regulado pela cultura, que estabelece as convenções pelas quais todos os membros da sociedade se devem reger. Para conhecer o comportamento humano é necessário compreender o contexto em que ocorre, pois o seu processo cognitivo não é independente do contexto cultural em que se desenvolve (Bruner, 2014, pp. 253, 255-6).

A educação não se deve restringir à transmissão do conhecimento, pois tem a responsabilidade de desenvolver em cada aluno as capacidades de raciocinar e de compreender a condição humana. É absurdo pensar que as crianças são incapazes de tomar a responsabilidade pela sua própria aprendizagem. As suas actividades e jogos espontâneos estão repletos de explorações sobre o possível, sobre o que podia ser e sobre o porque é que algumas vezes é possível e outras não (Bruner, 2014, p. 256).

Os projectos educativos têm de ter em conta a sua importância para a construção da personalidade e a vida em sociedade. Por isso não se devem alhear das realidades sociais e culturais, bem como dos recursos disponíveis nas diversas áreas de abrangência de cada escola, que dão sentido ao quotidiano das crianças e jovens (Bruner, 1996/2000, pp. 10-1).

Assim, porque os alunos não são alheios aos acontecimentos que se passam ao seu redor, o ensino deveria introduzir temas que os instassem a questionar o mundo, privilegiando a compreensão de conceitos ao invés da memorização pura e simples das matérias. Sob a orientação do professor, cada assunto seria abordado no sentido de desenvolver o raciocínio, recorrendo a conhecimentos apreendidos ao longo do percurso escolar, dando aos alunos a possibilidade de formularem os seus próprios conceitos, que consolidariam ao longo dos anos (Bruner, 1996/2000, pp. 11-12, 15). Desta maneira, o processo de aprendizagem passa a ser, igualmente, da responsabilidade de cada criança ou adolescente.

Desde que se respeite a evolução natural do modo de pensar do ser humano, as crianças podem ser submetidas, muito precocemente, a conceitos e metodologias complexas. Mas isso implica, em primeiro lugar, o reconhecimento da utilidade dos conteúdos das disciplinas para o desenvolvimento pessoal e social dos alunos e, na sequência, a adaptação dos programas curriculares, de maneira a que aqueles se tornem apelativos, o bastante, e instiguem o aprofundamento das matérias ano após ano, ao longo do percurso escolar (Bruner, 1960/1998, pp. 64-6).

2.4 Programas de filosofia para crianças

O ser humano apenas cuida daquilo que lhe interessa, o que não resulta, necessariamente, de um processamento de ideias. Porém, deve desenvolver-se o raciocínio de maneira que o acto de cuidar seja consciente e reflectido (Lipman, 2003, pp. 263-4), porque a tendência natural do pensamento é egoísta, sem inclusão dos interesses do outro. Isto resulta, inevitavelmente, na imparcialidade e, por vezes, na contradição de conceitos, dado que se limita ao restrito mundo do indivíduo. Pelo que, se aconselha o estímulo do pensamento em conjunto, porque ao facilitar o entendimento de outras realidades se possibilita a transformação das relações sociais (Brenifier, s.d., p. 196). O confronto de ideias em grupo, sem quaisquer constrangimentos do juízo alheio, provocará, então, a ampliação dos conceitos, o seu reforço ou a sua repulsa. Não basta apenas observar e acumular informações internas ou externas, é necessário que cada criança questione cada uma delas e aprenda a decompor cada assunto ou conceito, para melhor compreender a sua complexidade e verificar a sua validade no seu próprio mapa conceptual (Brenifier, s.d., pp. 263-4).

O pensamento filosófico é um constante processo individual, que se desenvolve ao longo da vida e que é fundamental para o conhecimento de si e dos outros. Por esse motivo se julga que a reflexão crítica é tão importante para o aluno como o é o estudo mais complexo de uma qualquer disciplina curricular. Donde, a sua inclusão nos programas escolares dever ser prevista a partir do ensino pré-escolar, apesar das ainda limitadas capacidades cognitivas das crianças (Brenifier, s.d., pp. 4-5). Privá-las do desenvolvimento intelectual pode ter repercussões tanto em cada uma delas como nas suas relações sociais, dando azo à ignorância e ao desprezo de si mesmas e dos outros (Brenifier, s.d., p. 9, 135).

A filosofia para crianças surgiu nos anos sessenta do século passado, como um programa curricular que propunha o desenvolvimento do raciocínio nos alunos (Lipman citado por Machado, 2013, pp. 142-3), mediante um diálogo pautado pelo seu carácter democrático e cooperativo, crítico e criativo, instigador e investigativo, bem como, autocorrectivo e ordenado (Machado, 2013, p. 151), que privilegiasse o respeito pela diversidade e democracia (*cf.* Lipman, 1991, pp. 3-4).

Contrariamente ao ensino tradicional, este programa defendia a ideia de que a educação não deve ser uma mera transmissão unidireccional de conhecimentos, do professor para os alunos. Neste processo deveria estimular-se o diálogo e a discussão, com o intuito de favorecer a autonomia de pensamento das crianças, o respeito pela opinião diferente e o empenhamento no processo educativo (*cf.* Lipman, 1991, pp. 14, 15; Lipman citado por Machado, 2013, pp. 144-5, Lipman *et al.* citados por Machado, 2013, p. 154), reconhecendo a sua importância individual na construção identitária comum a todos os envolvidos (Machado, 2013, p. 150). Distinguindo-se, claramente, o que constitui uma mera conversação, que é apenas uma troca de sentimentos, pensamentos ou de informação; e um diálogo, que tem um carácter exploratório (Lipman, 1991, p. 232). Assim, a filosofia para crianças não deve ser encarada como um simples exercício de

linguagem. Somente através do raciocínio crítico é que a criança se torna capaz de desenvolver o pensamento autónomo e a percepção da sua singularidade, bem como da pertença a um grupo (Brenifier, s.d., p. 6).

Contudo, apesar das pesquisas no campo educativo, ao longo de mais de um século, ainda está bem enraizada a ideia de que promover o pensamento e o conhecimento nas crianças implica, tão-só, a aprendizagem e reprodução de conceitos, valores e crenças dos adultos. O que conduz à heteronomia do indivíduo, ao invés da sua autonomia, e, em última análise, à formação de cidadãos que, apesar de conhecerem perfeitamente as regras sociais, nem por isso sentem qualquer identificação com os demais (Brenifier, s.d., pp. 9, 11, 12).

A introdução da filosofia nas escolas tem como função primordial a conexão das crianças com o mundo, numa relação cordial com o outro, por muito divergentes que sejam as suas ideias. Esta relação não implica que a criança tenha de abdicar dos seus próprios conceitos, antes instiga-a a reflectir e a confrontar os diferentes pontos de vista, de modo a tomar consciência de outras realidades e opiniões. O que possibilita o desenvolvimento da empatia (Brenifier, s.d., pp. 13-5).

Por mais reduzida que seja a frequência semanal das sessões de filosofia, após alguns meses, o seu impacto fica manifesto nas atitudes das crianças, na exposição oral ou escrita das suas ideias, na capacidade de reformulação reflexiva dos seus conceitos. Talvez a maior repercussão se relacione com a percepção de si próprio e do seu lugar num grupo ou na sociedade (Brenifier, s.d., p. 217), ainda que a socialização não se opere apenas nas escolas. A maneira como as crianças e os jovens pensam e constróem as suas atitudes é muito influenciada pelo contexto familiar (Brenifier, s.d., p. 16) e social do meio ambiente em que se inserem. E é precisamente neste ponto que se destacam os benefícios da filosofia ao longo de todo o percurso escolar, dado que cada aluno poderá identificar as suas limitações através da troca de ideias com os seus pares (Brenifier, s.d., p. 50), o que proporciona a adopção de outros pensamentos ou comportamentos, relativamente a si e aos demais. Resumindo, a prática filosófica propicia a autonomia do pensamento de cada criança, desenvolvendo a sua capacidade analítica das questões que se lhe apresentam, sem se ater a conceitos prévios, requisitos essenciais para uma cidadania activa (Brenifier citado por Machado, 2013, pp. 169, 171).

O sucesso do desenvolvimento da autonomia e empatia nas crianças, no âmbito concreto da filosofia, depende muito do modo como os professores se assumem como educadores. Ou seja, se se limitam a transmitir conhecimento ou se agem como moderadores, que se prestam a facilitar o raciocínio durante as discussões dos alunos, as quais deverão resultar numa sistematização dos conceitos de cada um, agregados numa síntese global da opinião de todas as crianças (Brenifier, s.d., pp. 41, 74-5).

Pouca evidência se produziu relativamente às estratégias de condução de sessões de filosofia para crianças em idade pré-escolar. Mesmo assim, poderá afirmar-se que

as características dos participantes desta faixa etária diferem bastante, daí que seja necessário adaptar o modo como se programam as sessões para crianças com três, quatro ou cinco anos. Na generalidade, as crianças mais pequenas tanto não manifestam interesse em participar, não se sentindo impelidas a responder às questões propostas; como têm tendência a falar sobre assuntos que não têm correspondência com a temática abordada; ou apenas repetem as mesmas palavras proferidas pelo interveniente anterior. Porém, deverão considerar-se estas sessões como um período de preparação para os anos consequentes, durante o qual as crianças aprendem a ouvir os seus colegas, a focar num determinado tema ou a exprimir as suas opiniões (Brenifier, s.d., pp. 120, 123-6).

Culminando este processo de introdução à reflexão sobre o que se passa consigo e ao seu redor, no último ano do ensino pré-escolar, as crianças de cinco anos de idade já deverão estar aptas a participar, plenamente, numa discussão em grupo, porque aprenderam que devem interpretar os argumentos dos outros participantes antes de os compararem com os seus próprios conceitos. Ainda assim, é frequente que o aluno não seja capaz de expressar devidamente as suas ideias, pelo que a intervenção do educador é ainda muito acentuada, no sentido de despoletar a resposta, mediante a sugestão de situações semelhantes ou absolutamente contraditórias. Dessa maneira a criança que, a princípio, não era capaz de exprimir os seus conceitos, estrutura o seu pensamento através das suas opiniões acerca dos exemplos apresentados paralelamente ao tema inicial. Subsidiariamente, este tipo de interferência do educador pode reduzir a influência dos conceitos propagados pelos adultos, que a criança tende a reproduzir sem pensar (Brenifier, s.d., p. 127-8, 130).

A escola tradicional apenas transfere para os alunos a matéria das várias disciplinas curriculares, sem que aqueles tenham pleno entendimento sobre o significado dos conceitos, que têm de decorar e replicar, de modo a prosseguirem os estudos. Facto que desmotiva e tende a afastar dos estudos alguns adolescentes (cf. Brenifier, s.d., p. 263; Lipman, 199, pp. 13-4). Por não concordar com esse modelo educativo a filosofia para crianças ganhou adeptos e disseminou-se pelo mundo (cf. Machado, 2013, p. 209). Porém, alguns programas parecem carecer de comprometimento por parte dos educadores ou professores, pois, mesmo que sejam abordadas questões existenciais e epistemológicas e se estabeleça um ambiente propício à partilha de ideias entre os participantes, a evidência aponta para a falta de aprofundamento da dimensão crítica que lhes devia ser subjacente (Brenifier, s.d., pp. 293-4).

O pensamento reflexivo não se limita a produzir ou expor ideias. Para se compreenderem a si e entenderem os outros e o mundo que as rodeia, as crianças precisam de aprender a conectar-se com tudo isso de um modo empenhado, tendo em conta que existem modos de pensar diversos dos de cada um que devem ser respeitados e analisados (Brenifier, s.d., pp. 263, 267, 277).

Os preconceitos são inerentes à condição imperfeita do ser humano, daí que a percepção imediata do outro e do mundo em que se inscreve é sempre parcial, redutora e subjectiva (Brenifier, s.d., p. 277). Por isso, o contacto directo com a diferença e a familiaridade com outras ideias é condição essencial para uma melhor consciência da realidade. No entanto, encontros desta natureza podem ter um efeito inverso, ou seja, se as crianças não forem bem conduzidas, dificilmente se atinge o objectivo inicial: porque as crianças tanto podem tender à defesa intransigente dos seus pontos de vista, sem ter em consideração os argumentos contrários; como podem ser induzidos a seguir o raciocínio dos seus pares, mesmo que não se identifiquem claramente com aquele, de maneira a não sofrer algum tipo de julgamento colectivo (Brenifier, s.d., pp. 278-9).

No fundo, o que se pretende com os programas de filosofia para crianças é desenvolver a capacidade inata e fundamental para vivenciar, experimentar e compreender o meio ambiente que o envolve, bem como o seu mundo interior. Com a consciência de que, os primeiros questionamentos infantis não permitem, ainda, a percepção da complexidade desses mundos nem dos conceitos necessários para a sua compreensão. Por isso mesmo, desde cedo, as crianças devem ser estimuladas a expressar as suas ideias e a desenvolver o seu espírito crítico, de modo a que aprendam a pensar por si próprias, sem reproduzir apenas as ideias dos adultos (Brenifier citado por Machado, 2013, pp. 176, 181-2), por receio de eventuais juízos alheios; e respeitando a opinião dos outros, mesmo que divergentes das suas (Machado, 2013, p. 183). O que resulta num processo de socialização por excelência (Brenifier citado por Machado, 2013, p. 183).

2.5 Programas socioemocionais

Segundo a psicologia do desenvolvimento, as capacidades humanas para se compreender a si próprio e ao outro são desenvolvidas entre os 5 e os 7 anos de idade até ao final da adolescência (Goleman, 2016a, p. 22), pelo que, se reconhece que podem ser desencadeadas e aprimoradas mediante um cuidado programa curricular, a partir do ensino pré-escolar. Aprender a perscrutar o seu mundo interior, identificando cada emoção, o que as determinam e os impulsos que provocam, permite que as crianças adquiram a capacidade para controlar os seus impulsos inconscientes e, conseqüentemente, a desenvolver sentimentos sobre o mundo que os rodeia. Mas, para que isso aconteça é necessário que, por um lado, se proporcionem condições que induzam a concentração e a tranquilidade em meio escolar e social; e, por outro, se perceba quais são os objectivos de vida de cada aluno (Goleman, 2016a, pp. 19, 23, 24). O estabelecimento de uma meta curricular, significativa e consensual, possibilita o direccionamento e o controlo da atenção dos alunos, quaisquer que sejam os contratempos, afastando-os do estado de agitação que conduz ao desinteresse ou à exacerbação dos problemas que os afligem e não conseguem dominar. Regras,

sanções e advertências não têm qualquer influência positiva nem suprem o limitado controlo cognitivo dos alunos.

A educação de crianças deve incluir, para além do conteúdo programático das disciplinas curriculares, a aprendizagem social e emocional, ou seja, é essencial o desenvolvimento de capacidades de autodomínio que proporcionem a resiliência necessária para enfrentarem os desafios inerentes à vida em sociedade, tendo em conta os seus interesses e os da comunidade. Isso implica que a escola seja capaz de promover o afecto e a compaixão das crianças pelo outro, assim como a reflexão sobre os problemas que este possa estar a enfrentar. Deste modo os alunos desenvolvem a predisposição para agir em auxílio daquele que está em dificuldades (Goleman, 2016b, pp. 33-5).

2.6 Teoria do contacto e programas intergeracionais

O contacto directo com o outro pode permitir a familiaridade com o desconhecido, o que favorece o desenvolvimento da simpatia para com este e o grupo a que pertence. Porém, nem todas as experiências de contacto possibilitam emoções positivas e, por vezes, tendem a acentuar o antagonismo entre os grupos envolvidos. O insucesso poderá dever-se à ansiedade dos participantes, à percepção da supremacia de um grupo ou à rigidez institucional de quem promove o contacto (cf. Pettigrew & Tropp, 2006, pp. 766-7).

Diversas revisões de literatura e metaanálises publicadas revelam que, muitos resultados de programas baseados nessa teoria não podem ser reconhecidos cientificamente ou generalizadas (Paluck & Green, 2009, pp. 356-7). Nomeadamente, porque restringem a pesquisa a determinadas amostras ou deixam de parte o acompanhamento da evolução dos preconceitos, ao longo do percurso individual de cada membro desses grupos (*e.g.*, Raabe & Beelmann, 2011, p. 1733). Os resultados da pesquisa científica parecem comprovar que a promoção do contacto reduz o preconceito entre grupos antagonistas, apesar de não existir evidência consistente que confirme a permanência desses efeitos ao longo do tempo. Apenas se poderá conjecturar que, tal como se conseguem obter resultados positivos através de contactos limitados no tempo, o prolongamento dos contactos só favorecerá o convívio entre grupos (cf. Pettigrew & Tropp, 2006, p. 768). Por outro lado, se a evidência reunida ao longo das últimas décadas ainda não permite afirmar, de maneira peremptória, que o contacto entre grupos gera consequências mais favoráveis que prejudiciais; parece certo que os eventuais efeitos positivos desse contacto impedem que os negativos assumam maior destaque (cf. Pettigrew, 2016, p. 16).

Ainda assim, alguns estudos revelaram que, os participantes de programas que fomentam o contacto entre grupos diferentes tendem a desenvolver as capacidades de perspectivação de conceitos preconcebidos, de introspecção de fenómenos

observados noutros grupos no seio do próprio grupo, por semelhança, e de atribuir individualmente elementos de diversos grupos (*cf.* Pettigrew & Tropp, 2006, p. 767). Sobretudo, o que algumas conclusões permitem afirmar é que, os programas que promovem o contacto directo e a empatia são aqueles que melhores resultados obtêm (*cf.* Aboud *et al.*, 2012, p. 334; Beelmann & Heinemann, 2014, p. 18; Paluck & Green, 2009, pp. 356-7). O que deve servir de inspiração na delineação de estratégias de intervenção conducentes à diminuição de preconceitos e à mudança de atitudes, como a aprendizagem cooperativa e as actividades narrativas, que facilitam a diferenciação positiva e a empatia. Porque se supõe que as emoções negativas exercem grande influência no arraigamento de preconceitos e de comportamentos discriminatórios. Pelo que, os programas intergrupais se devem basear em actividades que incidam na componente afectiva das atitudes, na tentativa de diminuir as emoções negativas, já que as positivas, segundo diversas pesquisas, tendem a manter-se inalteradas (*cf.* Beelmann & Heinemann, 2014, pp. 17-8).

2.6.1 Programas envolvendo crianças e pessoas mais velhas

Existe evidência suficiente que permite afirmar que a maior expressividade dos preconceitos nas crianças regista-se entre os cinco e os sete anos de idade. Intensidade esta que tende a diminuir ligeiramente até ao final da infância, entre os oito e os dez anos, mantendo-se quase inalterável em plena adolescência. As diferenças manifestas, em diferentes períodos da infância e na adolescência, fazem supor a existência de factores que contribuem para tal (Raabe & Beelmann, 2011, p. 1724). Se os adolescentes parecem não sofrer qualquer influência que altere os seus preconceitos, no caso de crianças com até dez anos de idade, quer o estatuto social do grupo antagonista, quer as oportunidades de contacto com os seus elementos, revelam-se essenciais para se verificarem alterações no preconceito. O preconceito contra grupos de estatuto inferior tende a aumentar até aos sete anos, momento a partir do qual começa a diminuir, mantendo essa evolução ao longo da última fase da infância. No que se refere a grupos de estatuto mais elevado, as alterações mais significativas ocorrem entre os cinco e os dez anos de idade (Raabe & Beelmann, 2011, p. 1727).

Os resultados de diversas pesquisas sobre o impacto dos programas intergeracionais nas atitudes das crianças em idade pré-escolar face à velhice não são esclarecedores. Isso poderá relacionar-se com o tipo, qualidade, frequência ou duração da actividade realizada, bem como com a idade dos participantes mais novos. No entanto, parece haver fortes indícios de que os cuidados prestados, a pessoas mais velhas e a crianças, são beneficiados se forem associados a programas intergeracionais bem estruturados e que, para além de atenderem às capacidades e necessidades dos participantes, também tenham em conta as dos facilitadores e auxiliares (Femia, Zarit, Blair, Jarrott & Bruno, 2008, pp. 273, 285).

Não se pode afirmar, com certeza absoluta, que o contacto entre grupos converte o seu antagonismo inicial numa relação inclusiva. Mas a evidência parece indicar que o sucesso do contacto com grupos diferentes depende mais da predisposição individual de cada elemento dos grupos do que do contacto em si. O que poderá reforçar a ideia de que é necessário actuar sobre as atitudes logo nos primeiros anos de idade. Porém, para que estas intervenções surtam efeitos positivos não devem ser isoladas no tempo, isto é, não podem restringir-se a alguns meses da vida dos seus participantes (Aboud *et al.*, 2012, pp. 332, 333). É necessário que os programas acompanhem o desenvolvimento cognitivo e emocional das crianças e jovens, até que se consolidem as atitudes positivas.

A evidência científica reunida sugere que os programas intergeracionais, entre as gerações dos extremos etários, parecem ser mais eficientes quando estão reunidas condições ambientais, instrumentais, sociais e programáticas que favoreçam a interacção entre os participantes de cada grupo (*cf.* Jarrot & Debord, 2015), como se esclarece de seguida.

O pessoal que auxilia as actividades deve colaborar activamente na delineação do plano de actividades, comprometendo-se para o seu sucesso. São estes colaboradores que, por conviverem frequentemente com os participantes, conseguem identificar as capacidades e interesses individuais em cada grupo. No entanto, a recolha desses dados pode contemplar, igualmente, a intervenção dos encarregados de educação das crianças ou dos cuidadores informais das pessoas com demência. O acesso ao maior número de informações torna o planeamento dos programas muito mais fácil e facilita a participação empenhada nas actividades desenvolvidas (*cf.* Jarrot & Debord, 2015).

Aos próprios participantes também deve ser dada oportunidade de definir as suas actividades, apesar de isso nem sempre ser exequível. Esta atenção poderá mesmo evitar comportamentos inadequados ou manifestações de descontentamento, em qualquer dos grupos, pois, ao proporcionar actividades significativas, incentiva-se a participação, que tende a ser voluntária. Assim, reunir-se-ão as melhores condições possíveis, respeitando a vontade de todos os elementos de ambos os grupos ou, pelo menos, da maior parte. Precavendo situações perturbadoras, quer para as pessoas com demência, sensíveis à agitação e ao barulho, que facilmente culminam em comportamentos agressivos; quer para as crianças, que podem sentir-se desconfortáveis na presença de pessoas mais velhas (*cf.* Jarrot & Debord, 2015).

Outra questão muito importante é a adequação do equipamento à ergonomia das crianças. Pode acontecer que o mobiliário, existente no lugar onde se realiza o programa intergeracional, não respeite as dimensões dos participantes mais novos. Se isso sucede, é natural que as crianças se tornem inquietas e impacientes, dado que o equipamento é desconfortável e limita a sua autonomia (*cf.* Jarrot & Debord, 2015).

Por fim, é pertinente o registo de todas as sessões (*cf.* Jarrot & Debord, 2015). Quanto mais não seja para dar conhecimento das actividades realizadas, tanto aos encarregados de educação das crianças como aos cuidadores informais dos alunos.

*

A pesquisa de artigos através dos motores de busca das bibliotecas digitais utilizadas (*e.g.*, B-ON, ERIC, JSTOR) foi muito limitada, devido à falta de correspondência entre as palavras-chave escolhidas pelos autores dos artigos. Situação corroborada nos artigos de revisão de literatura e de meta-análises consultados, que revelaram ser essa uma prática generalizada na comunidade científica (*cf.* Aboud *et al.*, 2012, p. 334; Galbraith, Larkin, Moorhouse & Oomen, 2015, p. 360; Kuehne & Melville, 2014, p. 319). Por esse motivo e porque o autor deste trabalho ainda não tem a capacidade apurada para identificar a investigação científica mais relevante, as bibliografias daqueles artigos foram fundamentais para localizar os estudos mais importantes no que respeita, nomeadamente, à pesquisa sobre o preconceito e os estereótipos (Abrams, 2010; McBride, 2015), bem como à investigação sobre a influência da teoria do contacto na redução de preconceitos (Aboud *et al.*, 2012; Beelmann & Heinemann, 2014; Raabe & Beelmann, 2011; Paluck & Green, 2009; Pettigrew & Tropp, 2006; Pettigrew, 2016). A mesma metodologia também foi utilizada para identificar as referências mais relevantes sobre programas intergeracionais (Galbraith *et al.*, 2015; Kuehne, 2003a; Kuehne, 2003b; Kuehne & Melville, 2014). Ainda assim, vários artigos não foram consultados por não terem livre acesso *online*. A restante bibliografia, na sua grande maioria, foi consultada em instituições públicas (*i.e.* BN, ESECB, FLUL, FPUL, ISCSP), o que possibilitou a leitura de algumas obras de referência que, pela sua antiguidade, seriam de difícil acesso.

Assumiu-se que a avaliação multidimensional de um qualquer estímulo, abstracto ou concreto, singular ou colectivo, resulta em: 1) reacções físicas inconscientes que podem ter um carácter amistoso ou hostil, que tende ao pronunciamento leal ou preconceituoso, respectivamente; 2) processamento de crenças e pensamentos favoráveis ou perniciosos, que produzem estereótipos positivos ou negativos, conforme o caso; e, 3) manifestações de vontade ou acções explícitas que resultam em diferentes comportamentos grupais ou individuais, que sofrem influência directa das dimensões afectiva e cognitiva: a) heterogeneizantes, que tendem para preservação; b) homogeneizantes, visando a integração ou assimilação; e, c) segregadores, apoiados na discriminação (*cf.* Allport, 1954/1979, pp. 27, 46; Rosenberg & Hovland citados por Breckler, 1984, p. 1192; Carmo, 2014, pp. 114-7; Eagly & Chaiken, 1998, pp. 269-71).

Ao longo das últimas décadas, a investigação educativa acumulou evidência científica bastante, que permite asseverar os benefícios da aprendizagem em grupo; quer se trate do ensino, propriamente dito, quer de programas que procuram desenvolver competências concretas. O sucesso desses programas passa tanto pela adequação do ambiente em que se realizam como pela preparação dos seus

facilitadores e, num sentido mais lato, pelo empenho de toda a comunidade e interventores políticos.

Apesar da redacção de directivas educativas e de planos curriculares ter subjacente alguns conceitos e metodologias derivados de investigação científica, os seus objectivos serão inúteis se os mais directos envolvidos no processo não estiverem motivados (*cf.* Goleman, 2016b, p. 37) ou não souberem como implementar os programas eficazmente. Essa dificuldade parece ser universal, o que se poderá dever, entre outras razões, à adopção de metodologias pedagógicas ineficientes, à insuficiência formativa dos educadores e professores (*cf.* Lipman, 2003, pp. 5-6) ou à falta de empenho ou incapacidade para executar os projectos educativos planeados pelos estabelecimentos de ensino (*e.g.*, AE.MM, 2015, p. 8).

Parece haver fundamentação teórica bastante para replicar alguns dos programas elencados. O principal problema aparenta situar-se no momento da implementação das metodologias, quaisquer que sejam, quando parecem confluir forças antagónicas ou desinteressadas que, paulatinamente, desvirtuam os planos originais, apontando rumos difusos (*cf.* Bruner, 1960/1998, p. 66).

Os professores que promovem debates entre os seus alunos, com vista ao desenvolvimento de uma atitude crítica e da empatia para com os outros e o mundo que os rodeia, devem estruturar as suas aulas de maneira a que não se restrinjam à exposição de conceitos, sem discussão aprofundada dos temas abordados sob todos os pontos de vista, dando oportunidade aos alunos de expressarem as suas ideias, de analisá-las com os seus pares e de retirarem as ilações que entenderem pertinentes. A intervenção do professor deverá ser a mínima possível, de modo a facilitar a eclosão de ideias e a complexidade do raciocínio. Se esta atitude não prevalece, seguramente, os alunos perdem o interesse ou apenas se atêm à simpatia do professor, sem prestar atenção aos assuntos. Essas aulas passam, então, a ter um carácter eminentemente recreativo, afastando-se do seu propósito original (*cf.* Brenifier, s.d.; Silva, 1939/1991, p. 70).

As condições educativas essenciais para a formação cívica das crianças parecem ser o ambiente escolar equilibrado, ordenado, equânime e inspirador, proporcionado por instalações físicas amplas e acolhedoras, assim como a adopção de uma pedagogia adaptada às necessidades e aos interesses dos alunos, que induza a disciplina pelo exemplo e não pela opressão e o castigo. Caso contrário, certamente se reúnem as circunstâncias para que se instalem a agitação, a revolta e a indisciplina (Silva, 1939/1991, pp. 71-2), cujos efeitos dissolvem quaisquer intenções programáticas. Não obstante, aqueles atributos não podem ser apenas exigidos às escolas, dado que as crianças absorvem tudo o que observam e experienciam (Allport, 1954/1979, p. 308). Se pretendem formar cidadãos responsáveis e respeitadores dos interesses alheios aos seus, as famílias e a sociedade também têm de pautar as suas atitudes pelos mesmos desígnios (Silva, 1939/1991, p. 71).

3. Procedimentos metodológicos

Este capítulo descreve a metodologia empregue no estudo, essencialmente exploratório. A investigação inseriu-se no paradigma qualitativo, mais de acordo com os seus objectivos, utilizando as técnicas da observação participante e da entrevista. Ao longo do texto serão indicados os constrangimentos ocorridos durante a realização do estudo e as consequentes alterações aos procedimentos.

3.1 Investigação qualitativa

Tendo como ponto de partida a tentativa de compreensão de como se podem alterar as atitudes face à demência, entendeu-se que o paradigma qualitativo seria aquele que melhores resultados oferecia.

A investigação qualitativa pretende perceber qual é o significado da vida de um determinado indivíduo ou conjunto de população, num contexto real e quotidiano, procurando descrever a sua vida através da análise do seu modo singular de ver o mundo. Para isso, recolhe e confronta dados provenientes de múltiplas fontes de evidência, com vista à identificação de padrões. De tal modo, cada estudo contribui para elucidar alguns conceitos com que se pretenda compreender um determinado fenómeno, decorrente do comportamento social (*cf.* Carmo & Ferreira, 2008, pp. 197-9; Coutinho, 2013, p. 17; Flick, 2009, p. 16; Yin, 2011, pp. 7-9).

Um estudo baseado na investigação qualitativa é, pela sua natureza subjectiva, complexo (Coutinho, 2013, p. 350) e o seu sucesso está muito dependente quer da reflexão que serviu de preâmbulo à definição do estudo quer da conceptualização dos seus resultados (*cf.* Yin, 2011, pp. 9, 75). Daí que a sua credibilidade depende da metodologia adoptada, da experiência do autor e da capacidade deste para decompor toda a informação recolhida de uma maneira inteligível (*cf.* Patton, 1980/1990, p. 461). O investigador constitui-se como o próprio instrumento de recolha de dados e o centro do seu processamento analítico (*cf.* Carmo & Ferreira, 2008, pp. 198-9; Patton, 1980/1990, p. 461). Donde, a objectividade é o principal problema deste tipo de investigação (*cf.* Carmo & Ferreira, 2008, pp. 198-9).

Nesse contexto qualitativo delinearam-se as técnicas da observação participante e, em especial, da entrevista (*cf.* Carmo & Ferreira, 2008, p. 199). Para complementar as respostas, as crianças e os adolescentes deveriam efectuar desenhos alusivos aos temas abordados.

3.2 Amostra

O presente estudo não procura a precisão de resultados mas antes a exploração das experiências de convívio de crianças com pessoas com demência e as atitudes que advêm dessa interacção, o que significa poder enquadrar a sua amostra nas não probabilísticas (*cf.* Beaud, 2003, p. 215; Carmo & Ferreira, 2008, p. 215). Assim, procurou-se reunir um conjunto de alunos que, pela semelhança de percursos escolares, participassem ou tivessem participado num programa intergeracional com pessoas com demência enquanto frequentassem ou frequentavam o jardim-de-infância (*cf.* Carmo & Ferreira, 2008, p. 216).

O programa intergeracional em causa realiza-se semanalmente, de manhã, durante o período escolar. Nele participam uma turma do jardim-de-infância da EB1,JI.VA, pertencente ao AE.MM, e os utentes do centro de dia de uma associação que presta serviços de cuidado a pessoas com demência.

Antes de mais, importa referir que o estudo estava condicionado territorialmente à cidade de Lisboa, por questões de mobilidade e de gestão de calendário do seu autor. Por isso se limitou a um programa intergeracional daquele tipo. Sabia-se, no entanto, da existência de um outro local, também pertencente à mesma associação de apoio a pessoas com demência, que organizava um programa idêntico. Até ao momento, parecem ser os únicos em Portugal.

Tendo em conta o exposto, definiu-se que a investigação deveria incidir sobre amostras constituídas por alunos afectos às escolas da área de influência do AE.MM, cujas idades estivessem distanciadas por um período de quatro anos. Seguindo este critério deveriam ser inquiridas as seguintes crianças e adolescentes: 1) crianças com idade pré-escolar à data da pesquisa, e que participassem nas actividades intergeracionais; 2) alunos do 4º ano do 1º ciclo do ensino básico que tivessem participado há, pelo menos, quatro anos no programa intergeracional; 3) adolescentes que frequentassem o 8º ano do 3º ciclo do ensino básico, participantes do mesmo programa há cerca de oito anos; e, 4) alunos do 12º ano que tivessem realizado aquelas actividades há doze anos.

Todavia, as dificuldades verificadas durante a busca e selecção de alunos, que se integrassem nos critérios definidos na preparação do estudo, determinaram a reformulação dos parâmetros iniciais. Por impossibilidade de identificação dos alunos que participaram nas actividades há mais de dez anos, cujas idades poderiam variar entre os dezassete e os dezoito anos de idade; e, porque era insuficiente o número de crianças e adolescentes elegíveis na segunda e terceira amostras, teve de se recorrer às informações disponíveis na base de dados do AE.MM para reforçar aquelas com alunos do 3º ano do 1º ciclo e do 6º ano do 2º ciclo do ensino básico.

A estas limitações somou-se, ainda, o facto de algumas crianças e adolescentes, que reuniam as condições para integrar as correspondentes amostras, não participaram no estudo porque os respectivos encarregados de educação não deram consentimento para tal. Além disso, vários casos de interrupção do normal curso escolar também dificultaram a identificação dos anos e turmas a que pertenciam alguns alunos. A título exemplificativo, de vinte e oito alunos matriculados na EB2,3.MM, nos 6º, 7º e 8º anos do 2º e 3º ciclos do ensino básico, com probabilidade de reunirem todos os requisitos necessários, apenas cinco foram autorizados a participar no estudo, pelos seus pais ou encarregados de educação, e desses, apenas três se integravam, efectivamente, nas características exigidas. Finalmente, acrescem também os casos de mudança de residência, que não permitiram a localização de outros possíveis participantes.

Os condicionantes enunciados e as alterações resultantes determinaram as seguintes amostras: a) catorze crianças em idade pré-escolar – nove do sexo feminino e cinco do sexo masculino –, com idades compreendidas entre os quatro e os cinco anos, a que corresponde uma média etária de 4,4 anos, pertencentes à EB1,JI.VA; b) dezoito crianças – nove do sexo feminino e nove do sexo masculino –, com idade entre os oito e os doze anos, cuja média etária se cifra em 9,1 anos, matriculados na EB1,JI.VA; e, c) três adolescentes – dois do sexo feminino e um do sexo masculino –, entre os treze e os catorze anos de idade, cuja média etária se situa nos 13, 7 anos, que frequentam a EB2,3.MM.

Apesar da dimensão reduzida das amostras, claramente insuficiente segundo as orientações mais rigorosas (*cf.* Palmore, 1982, p. 342), tomou-se a decisão de prosseguir com a pesquisa, dada a singularidade do programa intergeracional e o desconhecimento de qualquer estudo nacional sobre o tema.

Tabela 3.2 Caracterização da amostra por ano de escolaridade, género e idade

ano de escolaridade	n	género (frequência)				idade (anos)		
		m.		f.		mín.	máx.	\bar{x}
jardim de infância	14	5	36%	9	64%	4	5	4,4
3° – 4°	18	9	50%	9	50%	8	12	9,1
3°	6	1	17%	5	83%	8	9	8,2
4°	12	8	67%	4	33%	9	12	9,6
6° – 8°	3	1	33%	2	67%	13	14	13,7
6°	1	1	100%	–	–	–	14	14
8°	2	–	–	2	100%	13	14	13,5

3.3 Observação participante

Dentre os objectivos da recolha de dados através da observação participante, destacam-se os registos de actividades que têm lugar num determinado lugar, de quem participa nelas e das ilações que se podem retirar do que foi observado. Esses dados devem ser factuais, precisos e detalhados; de maneira que ao serem

consultadas, em qualquer altura, as anotações sejam capazes de ilustrar, pormenorizadamente, a situação descrita (cf. Patton, 1980/1990, pp. 202-3).

Tinha-se conhecimento de uma escala que atende aos aspectos sociais e cognitivos implicados no acto de brincar (cf. Rubin, 2001), medindo o comportamento das crianças nos momentos de lazer, através da observação directa da emotividade e do envolvimento, cognitivo e social, associados à actividade desempenhada em momentos determinados. A partir desse instrumento, idealizou-se outro que possibilitaria a leitura imediata e detalhada dos resultados, cuja matriz se encontra em anexo.

O instrumento de observação original, a escala POS, estabelece a distinção entre comportamentos claramente lúdicos, não necessariamente em grupo, e aqueles que não compreendem qualquer tipo de brincadeira.

Quanto ao papel social desempenhado pela brincadeira, o POS diferencia os tipos de comportamento, de acordo com a proximidade e a interacção estabelecidas entre as crianças que partilham o mesmo espaço físico (Rubin, 2001, p. 3):

- solitário, quando a criança está a mais de 1 metro de distância dos seus pares, absorva na sua brincadeira, sem qualquer manifestação de interesse por aqueles;
- paralelo, se a criança brinca só mas próxima dos seus pares, a uma distância inferior a 1 metro, podendo interagir ocasionalmente com alguns deles; ou,
- conjunto, no caso de a brincadeira integrar a criança num grupo, em que é evidente a existência de um objectivo comum.

Cada um desses comportamentos pode ainda ser caracterizado conforme a actividade cognitiva desenvolvida (Rubin, 2001, pp. 3-4):

- funcional, quando está envolvido, apenas, o prazer que o movimento motor, de quaisquer membros do corpo, proporciona;
- construtiva, que abrange a leitura ou a sua escuta, a realização de actividades com um objectivo bem definido, bem como a transmissão de conhecimento entre pares que aprimorem as suas competências;
- inquisitiva, no caso de implicar a análise e questionamento de algum objecto ou acontecimento;
- dramática, sempre que a criança fantasie ou desempenhe papéis alheios; ou,
- dirigida, se a brincadeira requerer o respeito por regras preestabelecidas.

De acordo com as instruções daquela escala (Rubin, 2001, p. 9), as observações deverão efectuar-se num período máximo de 5 minutos diários, totalizando, pelo menos, 15 minutos para cada criança. Para o correcto preenchimento de cada ficha de registo, deverá acompanhar-se o comportamento da criança em observação durante, aproximadamente, trinta segundos. Após o que, a intervalos de dez segundos, se tomam notas referentes às actividades predominantes e as componentes emotiva e

comportamental envolvidas em cada um dos seis momentos de observação, atendendo ao limite de dez segundos para o preenchimento de cada uma das colunas. O pesquisador demorará, então, até dois minutos para preencher uma ficha de observação.

Atendendo àquelas referências, pode afirmar-se que, por dia de observação, poderão ser despendidos entre dez a doze minutos e meio a cada participante, que correspondem a cinco fichas de observação.

As primeiras observações realizaram-se na última semana de Setembro de 2015, período que serviu para averiguar a praticabilidade do instrumento reformulado, em tempo útil que permitisse o aperfeiçoamento do algoritmo delineado para facilitar o registo *in loco* das observações, mediante uma folha de cálculo do aplicativo *Microsoft Excel*. Essas observações revelaram a necessidade de adaptar o POS de maneira a facilitar a análise dos estados emocionais, o tipo de socialização entre pares, a actividade cognitiva envolvida durante as actividades e o foco de atenção das crianças em cada momento. Procedeu-se, igualmente, à alteração do esquema de anotação das observações e introduziram-se os conjuntos de emoções representados no modelo da roda das emoções (Plutchik, 2001, p. 349). A nova estrutura forneceu dados mais precisos sobre a componente afectiva da atitude das crianças.

Após essa semana de teste, por razões de conveniência da educadora de infância responsável pelas crianças, apenas foi permitida a observação e entrevista dos participantes duas vezes por semana, durante trinta minutos, a partir das dez horas da manhã – período que correspondia ao final do primeiro tempo de actividades e à distribuição e tomada de uma pequena refeição antes do almoço, que antecedia o intervalo para recreio. Restrição essa que, em parte, penalizou as observações.

Por esse motivo, apesar do consentimento de todos os encarregados de educação, optou-se por incidir as observações apenas sobre quatro participantes, de ambos os sexos, que representariam os extremos de personalidade identificados no grupo. Ou seja, foram escolhidos os elementos que, durante a primeira semana de observações, mais se destacaram pelo seu temperamento calmo e cooperativo (Sofia e Martim) ou agitado e dominante (Letícia e Nuno).

Mais tarde, verificou-se que entre as crianças do sexo masculino havia elementos com características de liderança mais pronunciadas que as de Nuno. Com o passar do tempo, este participante perdeu algum protagonismo, porém, esse facto não teve reflexo no estudo porque as diferenças não foram muito acentuadas.

Aproveita-se para referir que, todos os nomes utilizados neste estudo são fictícios, de maneira a garantir o anonimato dos participantes.

Definidas as alterações acima descritas, no período de 6 de Outubro a 15 de Dezembro de 2015, realizaram-se dezoito observações diárias com a duração média de trinta e dois minutos (mínima de vinte e dois, máxima de trinta e nove minutos),

durante as quais foram preenchidas cento e cinquenta e três fichas de registo individuais – Sofia: 46; Martim: 32; Letícia:41; Nuno: 34 –, o que corresponde a perto de nove preenchimentos de fichas por dia de observação (mínimo de seis, máximo de onze registos), efectuados a intervalos de quatro minutos em média (mínimo de dois, máximo de seis minutos). Durante o período de observações assinalaram-se quatro ausências de Martim, duas de Letícia e quatro de Nuno, por motivo de doença.

Apesar das notórias diferenças dos modelos de registo, a facilidade de registo e o tempo necessário para anotar as observações, em ambas as fichas, permitem afirmar que o número de preenchimentos realizados, num mesmo intervalo de tempo, resulta se não igual muito semelhante. Se comparados os resultados do estudo com as expectativas do POS, verifica-se que os valores obtidos com o instrumento adaptado atingem cerca de $\frac{3}{4}$ dos registos preconizados pelas instruções de uso do original (Rubin, 2001, p. 9). Segundo estas, para o intervalo de tempo de trinta minutos por observação e uma amostra de quatro participantes, dever-se-ia conseguir preencher cerca de quinze fichas por dia de observação, totalizando noventa registos diários. A discrepância de valores deveu-se, sem dúvida, quer à inexperiência do autor deste trabalho, quer à sua disposição física e psíquica em determinadas datas. Factos que também poderão ter influenciado a interpretação do comportamento dos participantes, dado o acentuado carácter subjectivo do instrumento.

Outra questão relevante, que pode induzir em erro a leitura gráfica das observações, relaciona-se com a opção “nenhuma”, integrada na secção “actividade cognitiva”, que não deve ser interpretada apenas como ausência de actividade cognitiva. Em alguns casos aquela foi seleccionada porque o algoritmo da folha de cálculo não contemplou outra opção, mais consentânea com a actividade observada. Por exemplo, se o teor de uma conversa estabelecida entre um dos participantes e os seus parceiros de brincadeira não fizer qualquer sentido, nenhuma das opções restantes parece ser adequada – embora se admita que a preferência por actividade “dramática” também pudesse ser considerada válida.

Apesar de todos os comentários anteriores, relativos à concepção e adequação do instrumento de observação utilizado, não se pode deixar de salientar o seu interesse para a identificação de traços de personalidade e de relações afectivas ou conflituosas entre as crianças seleccionadas, que podem gerar comportamentos inadequados e prejudiciais durante as actividades intergeracionais envolvendo pessoas com demência. A análise dos registos de observação também permitem determinar que tipo de actividades propiciam um maior envolvimento da generalidade dos participantes.

3.4 Entrevista

Qualquer metodologia de investigação tem os seus pontos fortes e fracos. O ponto forte da entrevista em profundidade é que através dela se consegue compreender, ao pormenor, a perspectiva individual dos participantes, recorrendo à sua própria experiência num determinado assunto, e o significado que retiram dela, de modo que se possa correlacionar diversas visões temáticas num determinado contexto (cf. Patton, 1980/1990, p. 278; Seidman, 1991/2006, pp. 128, 130).

Tendo isso em conta e seguindo as orientações características de um estudo exploratório (cf. Carmo & Ferreira, 2008, p. 147), elaborou-se um guião de entrevista que pudesse revelar, tanto quanto possível, cada uma das três componentes das atitudes dos entrevistados face à velhice, ao programa intergeracional em que participaram, à possibilidade de participação num novo programa, à demência e doença de Alzheimer e a uma sessão de informação sobre estes dois últimos temas. O esquema escolhido foi influenciado por um instrumento de avaliação de atitudes face a pessoas com demência já existente (cf. Serrani, 2010), que se baseia no modelo tripartido das atitudes (cf. Breckler, 1984).

O guião de entrevista, que se encontra em anexo, visou a recolha de informação sobre quatro dimensões essenciais. Para aferir quais os processos cognitivo e interpretativo dos participantes, que implicam a racionalização e a tomada de posição relativamente aos assuntos abordados, foram feitas perguntas através das quais os entrevistados pudessem expressar as suas opiniões e valores. A sua experiência e comportamentos foram manifestados mediante a resposta detalhada a questões sobre que actividades os participantes fazem ou faziam no passado. Interessava, também, inquirir sobre as emoções e sentimentos envolvidos durante essas experiências, para registar a sua dimensão afectiva. Finalmente, os entrevistados foram questionados sobre o que sabiam acerca de alguns temas tratados, para que se pudesse elencar alguns pormenores característicos do seu conhecimento (cf. Patton, 1980/1990, pp. 290-2).

A sequência das perguntas partiu do tópico geral da velhice, passando pelo programa intergeracional até à particularidade da demência e da doença de Alzheimer, que interessava para o tema principal do trabalho. Procurou-se não influenciar as respostas com exemplos da sua vivência familiar ou social. Por isso se partiu de perguntas genéricas que afunilavam para o particular.

Devido à restrição de tempo para o contacto com as crianças do jardim-de-infância, e ao facto de não haver possibilidade de entrevistar cada criança em local não acessível pelas restantes, para evitar a curiosidade e a agitação nos seus colegas, optou-se por abandonar este procedimento. Consequentemente, os desenhos que deveriam acompanhar as entrevistas também não foram realizados. Aquelas limitações inviabilizaram, sobretudo, a pretensão de inquirir as crianças após a participação semanal no programa intergeracional, que possibilitaria o registo das

actividades por via indirecta, contornando o impedimento manifestado por alguns familiares de utentes do centro de dia.

No que respeita às entrevistas aos alunos do ensino básico, o facto de se ter estipulado, por razões de conveniência de alguns professores, que não ultrapassariam os 10 minutos resultou no empobrecimento dos dados recolhidos e, tal como sucedeu na amostra anterior, na impossibilidade de realização de desenhos no decorrer daquelas. Por outro lado, a falta de experiência do entrevistador levou a que algumas das perguntas não tivessem sido levantadas porque, dada a informalidade com que se quis marcar esses encontros, certos temas foram abordados fora do esquema definido no guião, acabando por ser esquecidos. Por isso, alguns participantes não responderam a todas as perguntas de cada tópico.

Finalmente, a literatura indica que para cada 10 minutos de entrevista gravada são necessários até 40 minutos para a transcrever. Mais uma vez, a inexperiência do autor do trabalho implicou que se ultrapassasse essa previsão. Porém, porque era necessária a transcrição textual do discurso dos participantes, para que pudesse ser analisado na sua globalidade, o mais próximo da realidade possível, evitando o parafraseamento, a transcrição acabou por ser realizada na íntegra, incluindo a reprodução ou anotação de quaisquer sinais não-verbais, hesitações, reacções espontâneas, pausas e interrupções (*cf.* Seidman, 1991/2006, pp. 114-6).

3.5 Desenhos

Apesar de terem sido apontados contratempos, que inviabilizaram a recolha e análise de desenhos que descrevessem a velhice e a demência através do olhar das crianças e adolescentes, entendeu-se ser necessário justificar a sua relevância para um estudo nos moldes do presente, nomeadamente, porque se acredita que, desse modo, se poderia confirmar ou elucidar as declarações dos participantes.

A partir do séc. XX, percebendo o manancial de informações que poderiam retirar dos desenhos, alguns investigadores começaram a utilizá-los como instrumento de pesquisa (*cf.* Di Leo, 1983/1985, p. 12).

O desenho é reconhecido pelo seu potencial em trabalhos que envolvem crianças. No entanto, como cada desenho reflecte o estado psíquico do seu autor no exacto momento em que o efectua e, visto que cada indivíduo tem um modo particular de expressar as emoções, a leitura de cada rabisco ou figura não pode atender, simplesmente, à interpretação padronizada das linhas ou da simbologia identificadas, mesmo que universalmente reconhecíveis. O seu significado só ficará aclarado tendo em conta o percurso de vida, bem como o comportamento da criança face aos eventos experienciados (Di Leo, 1983/1985, pp. 12, 33, 192, 195; Furth, 1988/2002, p. 36). Ou seja, a avaliação do estado emocional da criança não pode considerar, apenas, os rabiscos ou os desenhos (Di Leo, 1983/1985, p. 32), mas sim atender à conformidade de todos os seus

elementos à realidade vivenciada pela criança; caso contrário, o desenho pode induzir em erro. Desse modo, e dado o carácter muitas vezes abstracto dos traços, indecifráveis para o adulto, é fundamental que se preste atenção aos comentários da criança, durante e após a sua execução. O que é dito complementa a acção, manifestando, normalmente, um manancial de informações que, de outro modo, não se descortinaria, tais como atitudes e modos de pensar (Di Leo, 1983/1985, pp. 12-3). Por exemplo, a desproporção ou distorção de partes de figuras ou de objectos podem ser representações simbólicas de assuntos excessivamente valorizados ou subestimados pela criança (Furth, 1988/2002, pp. 49, 51), que podem ser aprofundados numa conversa. Contudo, o estudo de desenhos exige cautelas suplementares, porque à subjectividade da criança, manifestada nos desenhos, acresce a de quem os interpreta (Di Leo, 1983/1985, p. 12), dado que cada inferência estará impregnada das experiências e dos conhecimentos do próprio investigador.

Na interpretação de desenhos estão envolvidas diversas variáveis, o que requer, nomeadamente, a percepção e o registo da tensão emocional que transmitem, dos materiais de desenho utilizados, do tamanho do seu suporte, bem como da distribuição dos elementos desenhados, da sua frequência, da sua forma ou das cores escolhidas (Furth, 1988/2002, pp. 34-5). A síntese de toda essa informação e a sua análise global é que permitem uma abordagem direccionada ao inconsciente do autor, tendo em conta o meio sociocultural em que se insere, a proximidade de um evento significativo na sua vida ou mesmo a estação do ano em que o desenho foi produzido (Furth, 1988/2002, pp. 36, 62).

Um factor primordial a ter em conta é o desenvolvimento da criança, pois o tipo de representação gráfica varia com a idade.

Aos dois anos a criança começa a traçar os primeiros rabiscos, que reflectem não o mero resultado de uma sucessão de gestos incoerentes mas uma acção intencional e expressiva, que deriva, principalmente, da observação dos adultos e do desejo de os imitar e de interagir com eles, denunciando um vínculo afectivo, imprescindível a qualquer processo de aprendizagem (Quaglia & Vicente Castro, 2005, pp. 80-1). Por outro lado, as recentes aventuras exploratórias da criança, cada vez mais frequentes, a partir do momento em que é capaz de se erguer e caminhar, desvendam o dualismo do mundo que a rodeia e servem de mote para rabiscar. A representação gráfica dessas experiências, desde o seu íntimo, permitirá que a criança assimile e controle as emoções que vivencia: riscos suaves, curvilíneos e joviais, reflectem as boas, enquanto os traçados vincados, rectos e ríspidos, as negativas (Quaglia & Vicente Castro, 2005, pp. 82-4).

Decorrido algum tempo, a partir dos quatro e até aos seis anos, o desenvolvimento cognitivo da criança amplia as suas capacidades comunicativas, tanto linguísticas como gráficas, permitindo um diálogo cada vez mais complexo e pleno de detalhes (Di Leo, 1983/1985, p. 41; Quaglia & Vicente Castro, 2005, p. 90). Durante este período, embora mantenham dos rabiscos os mesmos atributos, bons ou maus, e a despreocupação em

reproduzir fidedignamente a realidade, os novos desenhos evidenciam já uma intenção clara de transmitir uma mensagem com sentido, de contar uma história (Quaglia & Vicente Castro, 2005, pp. 90-1).

3.6 Sessão de informação

Durante as entrevistas, foi notória a necessidade de realização de, pelo menos, uma sessão de informação aos participantes, sobre demência e doença de Alzheimer. O programa intergeracional em que tinham participado não contemplou a discussão sobre o tema. Assim, com a autorização da direcção do AE.MM e da coordenação da EB1,JI.VA, apresentou-se algum material proveniente, principalmente, da LECMA ([2013]) e da Universidade de Washington (Chudler, s.d.), às turmas a que pertenciam os participantes. Quanto a apresentações semelhantes para os alunos mais velhos, não foi possível coordenar datas e horários com os directores de turma dos entrevistados em tempo útil.

As sessões versaram sobre o funcionamento do sistema nervoso central, demência e doença de Alzheimer, alternando a exposição teórica com a execução de exercícios práticos e troca de experiências.

Numa primeira parte, as apresentações debruçaram-se acerca do sistema nervoso central. Importava explicar quais as funções do encéfalo, do tronco encefálico, do cerebelo, do cérebro – em particular, dos hemisférios cerebrais e dos seus lobos –, bem como dos neurónios. Após esta exposição, construiu-se um modelo simplificado de como os neurónios se organizam entre si, para gerarem pensamentos ou acções. Deste modo, os participantes ficavam com uma ideia geral da actividade neuronal em condições normais.

De seguida, introduziram-se os conceitos de demência e de doença de Alzheimer, explicitando que lesões neuronais estavam associadas à última. Interessava, ainda, explicar quais os factores de risco que podem desencadear a doença de Alzheimer, assim como as atitudes individuais que contribuem para a sua prevenção. Em sequência, os participantes introduziram as lesões do cérebro na maquete elaborada anteriormente, com o que puderam perceber melhor algumas características da doença de Alzheimer, como a alteração de memória e a dificuldade em executar tarefas, por exemplo.

Na terceira e última parte, exemplificaram-se algumas situações que podem ocorrer no dia-a-dia de um doente de Alzheimer e que interferem, igualmente, na vida dos seus cuidadores. Para isso, foram de extrema utilidade as bandas desenhadas da LECMA, que abordavam, até ao momento, temas como a desorientação, a apatia ou a agnosia.

3.7 Constrangimentos

Para além das circunstâncias adversas já referidas, o constrangimento mais significativo deste estudo, que inviabilizou a realização de um trabalho de projecto, foi a quebra de vínculo, por iniciativa do seu autor, com a direcção do centro de dia pertencente à associação de apoio a pessoas com demência, em cujas instalações se realiza o programa intergeracional.

Apesar de já terem sido reunidas as autorizações necessárias para realizar actividades com e para três utentes, no âmbito dos encontros intergeracionais, e de já estarem definidos os planos de actividades, entretanto, aprovados quer pela equipe técnica, directamente implicada naquele programa, quer pela direcção da instituição.

4. Análise de conteúdo

Este capítulo apresenta os resultados empíricos extraídos das entrevistas realizadas. O conteúdo dos depoimentos permitem contextualizar, em parte, as atitudes das crianças relativamente à velhice e, menos, à demência resultantes de um programa intergeracional. As características particulares do estudo e alguns constrangimentos já explicitados não permitiram análises aturadas nem interpretações incisivas dos dados.

Apesar da técnica da análise de conteúdo utilizada ter sido elaborada, explicitamente, para o tratamento de entrevistas em profundidade (*cf.* Guerra, 2006, p. 61) teve-se em conta o seu procedimento por se considerar ser a mais apropriada, dado que alia as dimensões descritiva e interpretativa, ou seja, possibilita a representação e confronto dos dados obtidos mediante as entrevistas às crianças e adolescentes que participaram em actividades intergeracionais com pessoas com demência, com a produção científica recolhida ao longo do estudo. Resumindo, a análise de conteúdo descreve fenómenos e interpreta o sentido do que foi relatado pelos entrevistados (*cf.* Guerra, 2006, p. 69).

Embora processo interpretativo se inicie logo durante as entrevistas, podendo mesmo influenciar o desenrolar das mesmas (Seidman, 2006, p. 128), a análise propriamente dita começará durante a sua transcrição. Nesse momento, o investigador deve analisar o conteúdo do discurso dos participantes, de mente aberta, receptivo a tudo o que de importante as entrevistas lhe podem oferecer (Seidman, 2006, p. 117). O que requer uma avaliação aturada do material disponível, com vista a ressaltar os aspectos mais importantes para a investigação (Seidman, 2006, p. 118). Desse modo, identificaram-se alguns indicadores que permitiram a definição de subcategorias e categorias (*cf.* Guerra, 2006, p. 80), que enquadrassem o que era dito pelos participantes com os tópicos definidos de antemão no guião de entrevista.

A categorização do material transcrito, resultante desse processo, também permite a mensuração da frequência de cada categoria ou subcategoria, possibilitando a interacção da metodologia quantitativa com a qualitativa (Seidman, 2006, p. 127). Assim, no sentido de compreender e facultar a fácil detecção daqueles indicadores, optou-se por organizar tabelas que dispusessem os trechos do discurso dos entrevistados correspondentes a cada indicador, de acordo com a sua categorização, e que indicassem a sua frequência, conforme o género e relativa. Essas sinopses, ao separarem as várias componentes dos discursos, destacaram o material mais relevante para a análise, facilitando, igualmente, a comparação entre os relatos, conceitos e atitudes proferidas (*cf.* Guerra, 2006, p. 73; Seidman, 2006, p. 125).

Dessas tabelas resultaram quadros e outras tabelas, incluídas no corpo do texto, que mostram, respectivamente, a distribuição das categorias e subcategorias relativamente a cada tópico definido no guião de entrevista, e as frequências nominais e relativas aos indicadores identificados nas entrevistas. Estes dados são complementados por algumas sinopses melhor ilustram os indicadores mais relevantes. De notar que este procedimento só se mostrou eficaz na análise de conteúdo dos relatos das crianças. A inexpressividade do número de participantes adolescentes levou à abordagem global de todos os indicadores detectados.

Por fim, a análise das entrevistas não ficaria completa sem que se fizesse a comparação dos seus resultados com a evidência científica extraída da documentação consultada que possam explicar o fenómeno estudado (*cf.* Guerra, 2006, p. 83).

4.1 Alunos dos 3º e 4º anos do 1º ciclo

Os quadros respeitantes à categorização, derivada da análise de conteúdo dos depoimentos dos alunos dos 3º e 4º anos, organizaram-se segundo os grandes tópicos abordados e respectivas questões do guião de entrevista. As subcategorias são apresentadas por ordem hierárquica, dependendo da frequência com que ocorreram.

Quadro 4.1-1 Categorias e subcategorias relativas à velhice

VELHICE		
	categoria	subcategoria
REPRESENTAÇÃO DA VELHICE	representação da velhice	
	O que pensas sobre a velhice?	
		senescência
		sentimento
		dignidade
		urbanidade
	sabedoria	
	Como se comportam os velhos?	
		comportamento
ATITUDE FACE À VELHICE	categoria	subcategoria
	componente afectiva	
	Como te sentes quando estás perto de um velho?	
		emoções
	componente conactiva	
	Como te comportas quando estás com um velho?	
		comportamento
	componente cognitiva	
	Que velhos conheces?	
		fonte de conhecimento
	meio de transmissão do conhecimento	
Que utilidade têm os mais velhos?		
	utilidade dos velhos	

Quadro 4.1-2 Categorias e subcategorias relativas ao programa intergeracional

PROGRAMA INTERGERACIONAL		
REPRESENTAÇÃO DO PROGRAMA INTERGERACIONAL	categoria	subcategoria
	representação do programa intergeracional	
	Os utentes do centro de dia eram diferentes dos outros velhos que conheces?	
		traços distintivos dos utentes
	Como se comportavam os utentes do centro de dia?	
		comportamento dos utentes
	Como eram as actividades no centro de dia?	
	actividades	
ATTITUDE FACE AO PROGRAMA	categoria	subcategoria
	componente afectiva	
	Como te sentias durante as actividades?	
		emoções
	componente conactiva	
	Como te comportavas com os utentes do centro de dia?	
	comportamento	

Quadro 4.1-3 Categoria e subcategorias relativas a novo programa intergeracional

NOVO PROGRAMA INTERGERACIONAL		
ATTITUDE FACE AO PROGRAMA	categoria	subcategoria
	componente conactiva	
	Em tua opinião, os alunos da escola deviam continuar a participar nas actividades?	
		participação em novo programa
	Como poderias colaborar na elaboração de actividades intergeracionais?	
	colaboração em propostas de actividades	

Quadro 4.1-4 Categoria e subcategorias relativas a demência e a doença de Alzheimer

DEMÊNCIA E DOENÇA DE ALZHEIMER		
REPRESENTAÇÃO DE DEMÊNCIA E DE DOENÇA DE ALZHEIMER	categoria	subcategoria
	representação de demência e de doença de Alzheimer	
	O que é demência? E doença de Alzheimer?	
		demência
	doença de Alzheimer	

Essa esquematização deu uma ideia geral da conceptualização das crianças relativamente aos temas abordados durante as entrevistas, que se analisarão em pormenor de seguida, com o apoio das sinopses mais representativas.

4.1.1 Representação da velhice

Com o intuito de registar o modo como as crianças ajuízam o processo de envelhecimento humano, foi perguntado aos participantes:

*O que pensas sobre a velhice?; e,
Como se comportam os velhos?*

As respostas relacionaram as palavras *velhice* e *velho* maioritariamente com o envelhecimento biológico e cronológico, nomeadamente, no que concerne à fragilidade (61%), à idade (56%) e ao aspecto físico (22%).

Quanto ao comportamento dos mais velhos são vários os indicadores elencados, dos quais se destacam a afabilidade (44%), a disponibilidade para o divertimento (39%) e a autoridade (22%).

4.1.1.1 Significado de velhice

Tabela 4.1-1 Representação da velhice

categoria representação da velhice					
subcategoria	indicador	frequência			
		m.	f.	n	%
senescência					
	fragilidade	5	6	11	61%
	idade	5	5	10	56%
	aparência	1	3	4	22%
sentimento					
	amigo	1	1	2	11%
dignidade					
	pessoa	1	0	1	6%
urbanidade					
	responsabilidade	0	1	1	6%
sabedoria					
	experiência	1	0	1	6%

Para os entrevistados, o processo de envelhecimento acarreta a perda de capacidades, que são diversas daquelas

«que eu posso ter. [...] É diferente... [as crianças] podem fazer mais coisas... podem andar mais rápido... não sei explicar...» Sara

sugerindo que algumas patologias são próprias da velhice. As quais se manifestam através

«[d]aquelas dores... quando se mexem... e, às vezes... tomam remédios, *pra... pra* ficar bons e... assim coisas...» Sérgio

No entanto, por vezes, as doenças apenas são pressentidas mas não entendidas, ou seja, as crianças deduzem que os mais velhos

«[t]êm [problemas]... só que eu não sei... mas têm.» Tânia

Sobretudo,

«são... pessoas que precisam de muitas pessoas para não se aleijarem... para não caírem... e quando morrerem...» Gabriel

Outras respostas, revelam a importância da experiência de casos particulares, normalmente, de pessoas próximas. O que lhes permite especificar algumas patologias, como, por exemplo,

«[u]ma doença nas pernas...» Sónia

ou

«uma doença nos pulmões... que enche e depois... *uhn... se esvazeiam...*» Diana¹

No entanto, muitas inferências são elaboradas mediante a associação de determinados objectos à condição de velho. Como é o caso dos equipamentos de apoio à locomoção, simbolicamente relacionados com debilidade ou deficiência. Daí que, as crianças afirmem, com frequência, que os velhos

« andam de... como é que aquilo se chama...? (simula andar de bengala) [...] e... *uhn...* e andam assim... (encurva-se) abaixadas...» Marta

ou que

¹ No decorrer da entrevista a Diana ficou patente que a sua família tem um histórico de doença pulmonar – provavelmente, pneumonia – facto que preocupa a participante, dado que, por diversas vezes, a associa a qualquer questão colocada.

«usam muletas. Como uma pessoa velha que eu sei[...] O meu tio.»
Gabriel

ou, mesmo, que

«andam de cadeira de rodas... Há velhos que... andam no hospital, e nunca saem[...] Velhos sem pernas... sem braços... Isso, é ficar sem pernas[...] Só vi pessoas... uma de cadeira de rodas... e depois foi para a rua com a perna... partida. Foi o que eu vi. Quando vi o meu avô, no hospital... e vi um velho.» Gabriel

A idade foi outra das características da velhice mais referidas pelos participantes. Por vezes ligado à figura dos avós, uma vez que

«um velho... é um avô, para mim... *ahn*... é um avô[.]» Vanda

O que, pelo menos no caso de uma criança entrevistada, pode explicar a relutância em utilizar o termo *velho* para designar o avô ou a avó, que desempenharão um papel muito importante, em especial, a nível afectivo. O sentido pejorativo, vulgarmente associado ao que é velho, justifica o seu lamento, carregado de indignação, pois

«[u]m velho, para mim, é... é uma pessoa... idosa, velh... não gosto de dizer velho, não gosto. Já quando estou com a minha avó ela... ela pergunta-me se "*Eu estou velha?*" e eu não gosto de dizer que ela está velha. (nitidamente incomodada) Velho, para mim... a idade não se conta. Não entendo... não sei explicar muito... Não sei explicar...»
Susana

Ainda assim, não se estranha que outros respondentes não associem esse adjectivo aos membros mais velhos das suas famílias, por incapacidade de qualificação acertada, uma vez que, por exemplo,

«[a minha avó t]em... 49 [anos. *Não é velha.*]» Júlia

Apesar daquela advertência sentida, parece que a opinião generalizada entre os participantes é a de que um velho é

«uma pessoa normal, só *pra* dizer que já viveu muitos anos.» Sara

o que, dito de outro modo, pode querer dizer que, uma pessoa velha é

«uma pessoa, assim, de idade...» Gustavo

ou seja,

«têm mais anos[...]. E os... novos, não.» Leonardo

Portanto, um velho parece ser, em primeiro lugar, uma pessoa e só depois o registo vivo do passar dos anos, cuja definição, por vezes, ainda não está muito bem determinada, pois

«[p]ra mim, um velho é...é uma... é uma... é uma pessoa velha, já...
ahn... é só... que eu *malembra*, é só isto, não sei.» Guilherme

A aparência também é assinalada como um traço representativo do envelhecimento, em particular no que respeita ao aspecto da pele, que ora

«*tá* toda man... manchada...» Guilherme

ora

«fica [...] um bocado enrugada» Tânia

ora, ainda, pode tornar-se

«muito áspera...» Marta

Tudo indica que, fisicamente, das transformações operadas à superfície do corpo, somente existe outra característica que diferencia os mais velhos,

«[o]s cabelos brancos... e mais nada.» Teresa

4.1.1.2 Comportamento dos mais velhos

Para pouco menos de metade das crianças, os mais velhos agem de modo civilizado, pois

«comportam-se bem... comportam-se como uma pessoa decente...»
Susana

A velhice também parece ser um período da vida em que as pessoas ocupam o seu tempo livre, em grupo ou isoladamente.

Tabela 4.1-2 Representação da velhice (cont.)

categoria representação da velhice (cont.)					
subcategoria	indicador	frequência			
		m.	f.	n	%
comportamento					
	civilizado	5	3	8	44%
	lúdico	2	5	7	39%
	disciplinador	1	3	4	22%
	simpático	1	2	3	17%
	divertido	2	1	3	17%
	confraternal	2	1	3	17%
	activo	1	2	3	17%
	doméstico	0	3	3	17%
	indeterminado	1	1	2	11%
	débil	1	1	2	11%
	solicitador	1	1	2	11%
	narrador	1	1	2	11%
	educador	0	2	2	11%
	afetuoso	1	1	2	11%
	bondoso	2	0	2	11%
	cuidador	0	1	1	6%

É frequente a evocação de actividades no espaço público da zona envolvente à residência, que instigam o convívio entre os vizinhos de bairro. Assim

«[à]s vezes costumam... andar aí pela rua... outras vezes, andam a... *assentados* no banco a dar pãozinho aos pombos...» Marta

outras vezes, quem

«vai passear o cão... vai *prò*... café[... A] minha avó[...] *tamém*... gosta de ir ao café...» Vanda

E há, ainda, quem aproveite para

«fazer jardinagem e essas coisas todas *pràproveitar* o resto da vida.» Ricardo

Não obstante, algumas pessoas mais velhas preferem

«estar em casa... jogar... às cartas com os amigos... jogar computador[...] O meu avô e a minha avó jogam. Têm *facebook*.»
Teresa

outros

«gostam de ficar a ver televisão...» Sara

ou de

«cantar... ler livros...» Jorge

Mas, em determinados casos, nem a civilidade nem a recreação minimizam o rigor com que os mais velhos educam as crianças – em particular, quando se trata de uma relação familiar, entre avós e netos. Alguns dos entrevistados confidenciam que, em resultado das suas traquinices e mau comportamento, são prontamente repreendidos, invariavelmente do mesmo modo, isto é, de acordo com as suas próprias palavras,

«quando eu me porto mal... [*a minha avó*] vai... ela vai buscar a colher de pau e[...] mas só quando me porto mal.» Vanda

ou

«[*A minha avó*] quando eu me porto mal, ela bate-me. [...] Com os chinelos, a vassoura e... e com... que... com... uma colher de pau. [...] (divertida) Já levei com a vassoura na cabeça.» Diana

Todavia, estes ralhetes, muito mais teatrais do que efectivos, são certamente menos marcantes do que a repulsa sentida por outros entrevistados, cujos avós costumam

«[d]izer aos netos *pra* não os chatear, por causa *queles* já são velhos»
Jorge

ou parecem não demonstrar paciência para a curiosidade própria das crianças quando

«dizem... não gostam que me meta nas conversas delas... *uhn*... e na vida delas... porque os mais pequenos fazem muitas perguntas... querem sempre saber mais coisas.» Sara

4.1.2 Atitude face à velhice

De maneira a melhor interpretar a atitude das crianças face à população mais velha, procurou-se explorar as suas componentes afectiva, conactiva e cognitiva, mediante questões que reflectissem as emoções sentidas devido ao contacto próximo com velhos, os comportamentos tomados na sua presença, bem como quais os conhecimentos e opiniões sobre o envelhecimento. A aferição desses assuntos consubstanciou-se a partir das perguntas:

Como te sentes quando estás perto de um velho?;

Como te comportas quando estás com um velho?;

Que velhos conheces?; e,

Que utilidade têm os mais velhos?

Embora a maior parte das emoções experimentadas pelas crianças, em resultado do convívio com pessoas mais velhas, tenha sido positiva (67%), a quantidade de respostas que expressam emoções negativas ainda é significativa (28%). Contudo, alguns participantes (11%) tiveram dificuldade em traduzi-las por palavras.

Da forma como as crianças entrevistadas projectam a sua relação ou interação, de facto, com indivíduos mais velhos, ressaltam quatro comportamentos principais, que denotam um carácter recreativo (44%), deferente (44%), atencioso (39%) ou social (28%).

No que diz respeito ao modo como as crianças adquirem e estruturam os conhecimentos acerca dos mais velhos, as declarações da maioria dos participantes (78%) indicam que o processo de envelhecimento é percebido mediante a convivência com familiares. Contudo, os modelos de velhice não se restringem à família, porque as crianças captam, naturalmente, todas as informações que o meio envolvente proporciona (22%).

Segundo as declarações dos participantes, a informação respeitante à velhice é propagada, essencialmente, por intermédio de narrativas familiares (50%), para além de outras de valor histórico e cultural.

O conhecimento estruturar-se-á ao longo do tempo, permitindo a identificação dos valores que os velhos podem acrescentar à sociedade, dos quais se destacam os papéis educativo (56%) e afectivo (28%).

4.1.2.1 Componente afectiva da atitude

Tabela 4.1-3 Componente afectiva da atitude face à velhice

categoria componente afectiva da atitude face à velhice					
subcategoria	indicador	frequência			
		m.	f.	n	%
emoções					
	positivas	7	5	12	67%
	negativas	3	2	5	28%
	indefinidas	1	1	2	11%

Um dos participantes admite sentir-se como

«[u]m homem.» Leonardo

provavelmente, porque ao estar integrado num grupo de adultos se sinta equiparado aos demais. Mas um número significativo de crianças reconhece a sua imaturidade e inexperiência, inerente à condição de

«criança... mais nova do que eles...» Teresa

Por isso, não se estranha que, aceite esse estatuto e dependendo da intimidade com os mais velhos, também se mostrem vulneráveis, ou seja,

«se forem aqueles velhos que eu já conheço... que eu tenho confiança neles... não fico [*envergonhado*]... olhe... até pelo contrário.» Ricardo

Embora, de uma maneira geral, as emoções prevaletentes se fundem na segurança que as pessoas mais velhas lhes transmitem e, conseqüentemente, no conforto emocional e no amparo,

«quer dizer... *ahn*... sinto-me... *uhn*... acompanhada...» Sara

Por seu lado, as emoções negativas, parecem ser consequência do confronto com a doença e a debilidade física, o que poderá induzir a tristeza, uma vez que

«sinto que... tenho pena deles... e sinto... o... o coração a bater[...] (fica séria) Sim, quando vejo ela... *ahn*... a vomitar... quando a minha avó vomita e quando...[...] Fico aflita. E vou chamar a minha mãe... ou o meu pai...» Diana

e, da mesma forma,

«[s]into pena, quando vai-se embora... Depois começo a chorar[...] Há velhos que vêm... andam muito devagar... e eu tenho pena. Muita pena. Para mim, quando... e quando caem eu também tenho pena.»
Gabriel

A percepção daquelas condições de saúde, frequentes na velhice, provocam algum mal-estar nas crianças, que tende, em determinadas situações, para uma sensação dúbia,

«porque... primeiro, porque... eu *tamém*... sinto-me mal. Sou nova e *tou* ao pé de uma pessoa... *velhinha*, *prontos*... e... por outro lado, sinto-me bastante bem a ajudar as pessoas[...] Não é por nada... só *pra* dizer que... eu... gosto mais de andar com mais novos... [C]om os velhinhos nós não podemos brincar assim tanto... que muitos velhos *tão*... doentes... e divertimo-nos mais com os... mais... *prontos*... que não são assim tão velhinhos... que já podemos brincar...» Marta

Poucos foram os que não foram capazes de exprimir as suas emoções, esboçando apenas que

«[s]into-me... [*não sei responder*]» Júlia

ou rematando uma resposta evasiva do tipo

«[n]ão sei... sinto-me normal como estar um bocadinho... normal.»
Gustavo

4.1.2.2 Componente conactiva da atitude

A menção do comportamento lúdico revela diversas actividades partilhadas, principalmente com os avós, tanto em espaços privados como públicos, visto que

«às vezes, vou brincar com eles. À rua ou em casa. [À]s vezes... vou *pà* rua... brincar... com uma cadela que eu tenho. Chama-se Didi... e, depois, *tá* sempre a lamber... *ahn*... o velho. A pessoa *queu tou*...» Júlia

Nesses momentos plenos de sentimento, estreitam-se os laços afectivos, pois

«[u]hn... divirto-me com eles[...] *ahn*... divirto-me... brinco... com eles... *que* o meu avô já... brinco com ele... brinco à *porrada* com ele... (diz divertida)» Susana

Tabela 4.1-4 Componente conactiva da atitude face à velhice

categoria componente conactiva da atitude face à velhice					
subcategoria	indicador	frequência			
		m.	f.	n	%
comportamento					
	lúdico	4	4	8	44%
	respeitoso	4	4	8	44%
	atencioso	4	3	7	39%
	social	2	3	5	28%
	indefinido	0	2	2	11%
	estudioso	1	0	1	6%
	simpático	0	1	1	6%
	equânime	1	0	1	6%
	condicionado	1	0	1	6%
	afrontoso	1	0	1	6%

Cada instante de convívio entre avós e netos parece ser compensador. Como se deduz da seguinte exposição:

«[C]ostumo... fazer alguns jogos[...] com... familiares mais velhos[...] e eles gos... começam a sorrir[...]» Tânia

Em determinadas circunstâncias pode mesmo ocorrer a transmissão de conhecimentos e de tradições familiares através do entretenimento, porquanto tanto

«[p]odemos jogar computador[...] jogamos *Monopólio*, jogos de família...

[como]

... *xadrez*... não sei jogar *xadrez*... *dominó*... [os meus avós] ensinam... insistem, mas eu não me dou bem a jogar *xadrez*...» Teresa

Porque a representação da velhice está sobretudo arreigada aos avós, é natural que a alusão ao dever de respeitar os mais velhos também seja frequente, no cômputo das respostas das crianças participantes.

Assim, não espanta que parte expressiva das opiniões vão no sentido de que

«[d]evemos tratá-los bem... não bater... não gozar... não... (suspira) *pronto*, não devemos portar mal com eles porque eles podem ser nossos avós, podem ser nossos amigos. São mais velhos do que nós e nós temos de respeitar isso.» Vanda

Para além disso, como o envelhecimento é, inevitavelmente, acompanhado de algumas limitações, o procedimento para com os mais velhos deverá implicar

«mais respeito do que temos com aquelas crianças com que nós brincamos... porque eles já têm mais dificuldades do que antes, do que nós temos.» Sara

pelo que, se deve procurar

«[d]ar-lhes o *queles* querem... e... deixá-los em paz...» Jorge

Resumindo,

«[o]lha, eles já são mais velhos do que eu... comporto-me bem.»
Gustavo

Além disso, fica insinuado que este comportamento respeitoso pode ser adoptado como medida de prevenção de conflitos entre gerações, ou seja,

«eu não porto-me mal porque *pra* não ficarem tristes e zangados.»
Júlia

A interacção entre os participantes e os mais velhos é, por vezes, condicionada pela necessidade que estes têm de alguns cuidados por parte de familiares, incluindo as crianças. O que explica a sua diligência para garantir o bem-estar dos velhos, designadamente, dos avós.

Assumindo uma expressividade aproximada à dos comportamentos descritos anteriormente, a atenção votada aos mais velhos é realçada por relatos que reproduzem a vida quotidiana das crianças, tais como,

«a minha avó, por exemplo, não gosta que eu faça nada e quer que eu fique calminha. Mas eu digo-lhe que não porque ela gosta de se mexer e ela já não tem tanta capacidade *pràndar*. [...] É porque ela um dia perdeu a força nas pernas e... e... e eu disse-lhe... e eu disse-lhe que era melhor ir *prà* cama, senão ela perdia ainda mais e não conseguia andar.» Sara

ou

«[t]ipo... eu... ajudo eles *pra*... *ahn*... *tipo*, o ve... o velho não consegue, *tipo*, andar... assim como os jovens andam, assim... eu ajudo-os e... *tipo*, ajudo a passar a estrada... *ahn*... ajudo-os a... a deitar... e... *tamém* dou-lhes água[,] comprimidos» Sérgio

Por seu lado, os vários episódios de vivência social, descritos nas entrevistas, justificam, igualmente, a sua inclusão no estudo da componente conactiva da atitude para com a velhice.

A socialização é muitas vezes marcada pela troca de palavras de circunstância, dado que,

«[à]s vezes, eles perguntam “*Tá tudo bem?*” e eu digo que “*Sim*” ... e... e... eles dizem “*A escola, tá tudo bem?*” e conto o que é que faço na escola... e conto que... eu faço muitas coisas na escola... *ahn*... eu aprendo...» Vanda

Outras vezes, esses curtos diálogos não passam de

«[c]oisas à toa... E coisas que me vêm à cabeça.» Ricardo

Mas que se caracterizam, invariavelmente, pela cortesia

«[n]ormal. [*Depende* m]as, mesmo assim, ainda converso... quando começo a dar conversa quer dizer que eu já estou a começar a ficar com mais confiança... que... que me sinto bem ao pé dele... quando eu não digo nada é porque... tenho... *ahn*... estou a ficar com confiança mas nã... mas mesmo assim sinto-me envergonhado» Ricardo

bem como pela curiosidade, pois é comum conversar

«com eles um bocadinho... Porque acho que eles também... aliás, os nossos avós também têm mais coisas *pra* nós... *pra* nós aprendermos.» Sara

4.1.2.3 Componente cognitiva da atitude

Tabela 4.1-5 Componente cognitiva da atitude face à velhice

categoria componente cognitiva da atitude face à velhice					
subcategoria	indicador	frequência			
		m.	f.	n	%
fonte de conhecimento					
	familiar	8	6	14	78%
	vizinhança	1	3	4	22%
	outra	1	0	1	6%
meio de transmissão de conhecimento					
	narrativas familiares	4	5	9	50%
	outras narrativas	1	0	1	6%
	narrativas ficcionadas	1	0	1	6%
utilidade dos velhos					
	educação	5	5	10	56%
	afectividade	3	2	5	28%
	disciplina	1	2	3	17%
	indeterminada	2	1	3	17%
	apoio material	1	1	2	11%
	suporte emocional	0	1	1	6%
	cuidado	0	1	1	6%
	nula	1	0	1	6%

Invariavelmente, as principais referências de velhice são os avós ou os tios, como fica patente no seguinte depoimento:

«[O] meu avô e a minha avó... não tive oportunidade de conhecer... o meu avô morreu no... no ano anterior a eu nascer[...] Conheço[...] na família tem vários[...] Tios... só tenho uma tia.» Ricardo

Estes familiares poderão constituir o primeiro confronto com a morte e a fragilidade humana.

Ainda assim, o contacto com a velhice não se restringe à família, já que as crianças apreendem tudo o que se passa em seu redor, do prédio onde habitam até aos limites do bairro, por exemplo,

«tenho muitas velhas no meu prédio... já... já... já não me lembro do nome... tenho... aqui [*no bairro*] há muitos velhos...» Leonardo

São relações que se estendem, em alguns casos, às amizades dos seus familiares. Daí que, seja usual a generalização do termo avós a pessoas fora do seio familiar, quando afirmam, por exemplo, que

«conheço a minha avó, a minha outra avó... *ahn...* as amigas da minha avó, os... os avós²...» Vanda

Como se constata, a proximidade e intimidade com a vizinhança permite um trato idêntico ao familiar, que se reflecte no uso indiscriminado do termo *avós*.

«[U]ma avó que é minha vizinha... *tá* por baixo de mim... *tamém...* *ehn...* é velhinha... e... conheço outro.» Vanda

Os velhos indicados recorrem, principalmente, à narrativa para transmitir conhecimento às crianças. Seja através do relato de factos relacionados com o passado familiar, seja através de outras histórias ou parábolas.

Frequentemente, as narrativas familiares servem para educar as crianças, por comparação de modos de viver, do passado e do presente, nomeadamente, no que respeita à precariedade e pobreza

«quando... nós... nós, às vezes, reclamamos com coisas, então, a minha avó diz “*No meu tempo não havia nada disto... era tomar banho com... um balde*” ... e assim...» Vanda

ou à luta pela sobrevivência, evidente no relato sobre

«a minha avó... *ahn...* quando ela... era... naquele tempo, ela não tinha dinheiro nenhum, dava ao meu tio e à minha mãe pão... com... com uma coisa que eu não me lembro como é que se chama[...] Não era mesmo pó que estava lá[...] Dava pão [*com bolor.*] Eles comiam porque não tinham pão *pra* comer. A minha mãe, a minha avó e o meu tio contavam que dava pão com bolor porque não tinha dinheiro[...] E aos poucos, aos poucos, ia dando um bocadinho a

² Neste caso a respondente refere-se aos utentes do centro de dia, com quem conviveu durante as actividades intergeracionais.

eles... ao meu tio e à minha mãe. E quando se acabava... *ahn...* ele... o pão já tinha bolor mas dava à mesma porque era a única coisa que tinham...» Vanda

Estas narrativas servem amiúde para retratar uma época específica, por vezes não muito longínqua e circunscrita ao bairro

«do *Casal Ventoso*[...] Quando eles viviam... eles tinham lá um café... e como é que era o café...» Teresa

ou descrevem a origem ancestral das famílias, ou seja,

«[o]ndéqueles moravam... umas *queles* brincavam... e *coméqueles* lavavam a roupa[...] e a minha mãe... tem lá fotos antigas...» Guilherme

São histórias que aguçam a curiosidade dos mais novos, que gostam de saber

«[o] que é que se passou... depois a minha avó, quando eu digo uma palavra ela... ela começa sempre assim “*Sabias...*”, depois começa a contar coisas e eu começo a pedir mais... e mais... e depois ela cansa-se um bocadinho.» Sara

Estas narrativas criam vínculos únicos entre cada criança e a sua família, que por vezes, tem uma história singular e, portanto, diferente de todas as outras. Por exemplo, a família de um dos respondentes

«não é daquelas normais... é... daquelas misteriosas. [...] Por cau... porque, normalmente... *ahn...* as outras crianças... *ahn...* já sabem várias coisas sobre a família... mas, por acaso, eu não sei praticamente nada sobre a minha família... tenho tios que... vivem noutros países.» Ricardo

Determinados depoimentos insinuam que, provavelmente, os factores mais importantes para o sucesso destas interacções são os próprios momentos de partilha e os sentimentos que suscitam, como quando

«[e]les costumam contar-me histórias... quando vou dormir... ou seja, a minha avó... por exemplo, a minha avó é uma dessas pessoas... que me conta como era... como... uma história... que era a vida dela em pequena... antigamente... contava-me essas histórias... conta-me histórias... mais... *ahn...* também... *ahn...* o que é que... fazem... *ahn...* contam-nos a vida deles... quando eram pequeninos...» Susana

No entanto, outros elos podem ser estabelecidos com o passado, cujos impulsionadores podem ser a escola e a comunidade envolvente. Se a estratégia for bem delineada, desses contactos podem remanescer memórias significativas como

«por acaso, lembro-me... sábado... eu... no... *uhn*... tivemos um projecto que era um manual *pra* descobrir lugares... e[...] Ia lá... deram-nos uns... uns... uns *fonos* e... um *mp3* e uns *fonos*... e que estiveram a gravar... *ahn*... velhinhos a... contar histórias de vida... e... por acaso... e tivemos a ouvir...» Ricardo

Toda a experiência adquirida, através da observação e convívio com familiares ou com indivíduos pertencentes ao meio envolvente, permite que as crianças identifiquem algumas qualidades nos mais velhos. Desde logo, sobressai a sua função enquanto educadores dos elementos mais novos da família, dado que,

«[c]omo são muito antigos... logo, sabem muita coisa (arrasta a frase)... ao longo da vida que viveram... [*Podem ensinar-nos*]... as coisas que eles sabem, antigas...» Cristiano

por isso,

«[s]ão muito importantes... *ahn*... eles, normalmente... o que já passou... ensinam-nos... o que já passou da... do tempo deles... ensinam-nos a nós, por exemplo, a minha avó está-me a ensinar a fazer o comer, por exemplo... é a mesma coisa... é a mesma coisa que... é isso.» Susana

Outra característica própria dos mais velhos, apontada com frequência pelas crianças, é a capacidade

«*pra* nos dar... *ahn*... amor... e alegria.» Leonardo

Porque, basicamente,

«[s]ão meiguinhos.» Sónia

4.1.3 Representação do programa intergeracional

A recolha de dados referentes ao modo como as crianças assimilaram o convívio com os utentes do centro de dia decorreram das questões:

Os utentes do centro de dia eram diferentes dos outros velhos que conheces?;
Como se comportavam os utentes do centro de dia?; e,
Como eram as actividades no centro de dia?

A característica mais distintiva dos utentes do centro de dia, na visão das crianças entrevistadas, era a sua disposição para o divertimento (33%). Porém, uma parte,

ainda expressiva, dos participantes ou não descortinou qualquer diferença em relação aos outros velhos que conhece (28%) ou identificou neles algumas dificuldades físicas, que podem ser decorrentes de doenças (22%).

As crianças, quando questionadas, directamente, acerca da conduta dos utentes do centro de dia, classificam-na de modo muito variado mas, essencialmente, positivo. Contudo, nota-se uma ligeira convergência de opiniões que valorizam a sua bondade (22%).

Quanto às actividades realizadas semanalmente, as memórias recaem, principalmente, para aquelas que envolviam jogos (72%) ou música (50%). Todavia, a narração de contos, históricos ou ficcionados, também foram lembrados (22%), bem como os trabalhos manuais (17%).

4.1.3.1 Traços distintivos dos utentes do centro de dia

Tabela 4.1-6 Representação do programa intergeracional - utentes

categoria representação do programa intergeracional					
subcategoria	indicador	frequência			
		m.	f.	n	%
traços distintivos dos utentes					
	ludicidade	3	3	6	33%
	nenhum	4	1	5	28%
	dificuldades físicas	1	3	4	22%
	simpatia	0	2	2	11%
	doença de Alzheimer	1	0	1	6%
	coloquialidade	1	0	1	6%
	afectividade	1	0	1	6%
	cuidado	1	0	1	6%
	não se lembra	1	0	1	6%

Para alguns respondentes, os mais velhos

«[s]ão diferentes[...] Têm diferença... porque... elas... *ahn*... brincam... quand... brincav... brincam connosco...» Tânia

ou, de outro modo,

«[s]ão divertidos... (responde com um sorriso nos lábios) e são muito diferentes[...] porque eles divertem-se... e... sentem-se bem... e os

outros, mais ou menos... então, os que têm doenças... não se divertem assim tanto...» Marta

e,

«[a]h! Havia uns muito marotos...» Ricardo

Mas, nem todas as crianças participantes no programa intergeracional perceberam estas diferenças, pois apenas se recordam que os utentes do centro de dia, que interagiam com elas,

«eram velhas, eram[... e] iguais [*aos outros velhos que conheço*].»
Sérgio

Isto é,

«[s]ão normais... brincavam connosco[...] nada mais, nada menos que [*os outros velhos que conheço*].» Teresa

Portanto, sem nenhuma particularidade que, vincadamente, os distinguisse dos outros velhos que conhecem, ou seja,

«[e]ram diferentes, eram iguais, uns iguais, uns diferentes...»
Cristiano

Ainda assim, algumas respostas evidenciam a fragilidade dos participantes mais velhos. Lembram-se da sua dificuldade

«para se *alevantar*, estava sempre... uma senhora para ajudar... davam-lhe a mão para subir as escadas, para descer...» Vanda

o que pode querer dizer que

«[e]las têm doenças[...] Uma doença nas pernas...» Sónia

por isso, os cuidadores

«[t]êm... (longa pausa)[...] Têm que ajudar eles... (responde com vigor)... senão... eles não conseguem andar sozinhos... e caem. E algumas pessoas ajudam eles pra irem pra um carro ou pra uma camioneta...»
Júlia

4.1.3.2 Comportamento dos utentes

Tabela 4.1-7 Representação do programa intergeracional - utentes (cont.)

categoria representação do programa intergeracional (cont.)					
subcategoria	indicador	frequência			
		m.	f.	n	%
comportamento dos utentes					
	bondoso	1	3	4	22%
	simpático	0	1	1	6%
	divertido	0	1	1	6%
	indeterminado	1	0	1	6%
	calmo	0	1	1	6%
	bem-comportado	0	1	1	6%
	educado	0	1	1	6%

De acordo com os relatos das crianças, os seus parceiros mais velhos

«[e]ram... eram bons... *ahn*... amigos de nós... Muito nossos amigos...»
Susana

Por isso, não surpreende que os considerassem

«simpáticos... *ahn*... contavam muitas histórias. Às vezes, quando ia lá, eles... eles já nos conheciam. Nós íamos lá muitas vezes e, então, já nos tratavam pelos nomes e nós já distinguíamos qual é que nós gostávamos mais.» Sara

Ou seja,

«eram bem educados... chamavam-nos netos...» Teresa

Mas, também eram divertidos, porque

«brincavam connosco, faziam... faziam muitas actividades... connosco... » Vanda

embora alguns fossem,

«[a]ssim, sossegadinhos...» Vanda

Resumindo,

«comportavam bem... e comportam-se...» Susana

4.1.3.3 Actividades desenvolvidas

Tabela 4.1-8 Representação do programa intergeracional - actividades

categoria representação do programa intergeracional (cont.)					
subcategoria	indicador	frequência			
		m.	f.	n	%
actividades					
	lúdicas	6	7	13	72%
	musicais	5	4	9	50%
	narrativas	1	3	4	22%
	manuais	2	1	3	17%
	coloquiais	1	1	2	11%
	afectivas	0	1	1	6%
	auxiliares	0	1	1	6%

As memórias mais persistentes das crianças parecem ser aquelas associadas aos momentos recreativos, apesar de algumas recordações já se terem desvanecido com o passar do tempo:

«*uhn... fazíamos... já não me lembro bem, que já foi... há... já foi há seis anos... tinha eu quatro anos... entrei pra lá... agora... quando entrei pra lá estava a fazer os cinco... ahn... e agora já tenho nove e eu esqueci-me de coisas...*» Ricardo

A maioria das respostas descreve, nitidamente, os jogos que se costumavam realizar durante as actividades intergeracionais, pondo em evidência a participação limitada dos utentes do centro de dia que, muitas vezes, apenas orientavam as crianças. Porém, admitir que estas memórias correspondem, de facto, ao programa intergeracional implica conjecturar a sua adaptação, no sentido de acautelar estados de agitação ou confusão em pessoas com demência. Assim, ressaltando que devem ter sido feitas as necessárias alterações, o rol de brincadeiras incluiria o jogo do

«*Rei manda[...]* Eles diziam alguma coisa e apontavam para nós. E nós fazíamos isso[...]. Havia um... *ahn...* eles tinham um lenço, e escondiam o lenço, e nós tínhamos de ir atrás do lenço, ver... onde é que estava o lenço... Quem ganhava... ficava mais tempo com os avozinhos...» Vanda

o da

«*Macaca*... já não me lembro de mais nada. Foram tantos anos... que já não[...] Eles é que contavam os nossos passos... os nossos pontos... quem perdia, quem ganhava...» Teresa

o

«da *Caça ao tesouro*... de... das *brincadeiras coloridas*[...] é... eles dizem uma cor e nós temos *quir* lá tocar...» Dinis

o da

«*Barra do lenço*... [*Eles* f]icavam a ver... e também... eles faziam perguntas... e nós respondíamos... e depois, eles ficavam a ver como é que nós jogávamos... se jogávamos bem... se jogávamos mal... se jogávamos mais ou menos...» Diana

ou

«*Dápanhada*... de... dos... dos... brincar com os avozinhos... ao *Jogo da cadeira*[... *Eles*] só ficavam a ver.» Dinis

O programa intergeracional costumava decorrer nas instalações do centro de dia, no entanto, ocasionalmente, quando as condições atmosféricas o permitiam, tinham lugar num espaço exterior, pertencente àquela instituição e anexo ao jardim-de-infância, ou seja,

«[n]aquela coisa ali, aquele parque... onde tem, *tipo*, assim uma casa... aí era onde nós brincávamos[...] Nós íamos *prai* com os avós... e depois brincávamos aí a esse jogo [*do Lencinho vai à mão*]... e *tamém* brincávamos a outro... Houve um que eu gostei, que era assim... (desenha na mesa, com a ponta do dedo) *quma* pessoa *tava* numa ponta e [*outra*] ia *pra* outra e, depois, assim, escolhia uma *práli*, outra *práli*, outra *práli*, outra *práli*... *tipo*, equipas de quatro... e, depois, cada um... tinha... um, assim um tubinho... então, tinha de *tar umáqui*... *uhn*... da *mema* equipa, *umáqui*, *outráqui* e *outráqui* (desenha, novamente, com o dedo)... e, depois, essa pessoa que tinha isso, tinha de esticar, assim, a *mão* (demonstra)... e a outra pessoa tinha de *tar* assim com a *mão*... e passar... e, depois, correr e, depois, dava... assim, de cima *pra* baixo... e a outra pessoa, assim, com a *mão*... *pra* trás...e dava... depois, começavam a correr... e, depois... houve uma equipa, que era dos avozinhos... nós tínhamos... tínhamos de só andar...» Gustavo

Para além dos jogos, mais ou menos tradicionais, a música era outra actividade muito apreciada pelas crianças:

«A gente cantava sentados no chão... e eles estavam nas cadeiras e cantávamos canções[...] Cantávamos todos juntos.» Leonardo

Algumas vezes, essas canções eram acompanhadas de danças de roda, pois

«[c]antávamos... fazíamos uma rodinha e cantávamos... e depois... *ahn...* dançávamos... com eles[...] Eles cantavam e nós dançávamos. [E]les estavam em círculo[...] Sentados. [*E nós estávamos*] *andar* à volta...» Jorge

Mas o programa intergeracional também englobava sessões de contos, narrados quer pelas crianças, que ainda se recordam de quando

«contávamos histórias» Sara

quer pelos participantes mais velhos, como exemplifica uma respondente, ao lembrar que

«uma avozinha *tava-me* a contar uma história... a contar-nos... e a mim também... lembro-me uma vez, também, que... *tava* no colo... *ahn...* de uma avozinha... ela estava-me a contar... histórias sobre a... a vida dela, noutros tempos... sim...» Susana

4.1.4 Atitude face ao programa intergeracional

A atitude dos entrevistados perante o convívio e as actividades intergeracionais foi aferida através da emotividade e do modo de procedimento expressos nas respostas às perguntas:

Como te sentias durante as actividades?, e

Como te comportavas com os utentes do centro de dia?

O programa intergeracional suscita mais emoções positivas (44%) do que negativas (6%). Embora algumas crianças não soubessem expressar a sua opinião respectivamente à emotividade (11%).

Segundo o relato das crianças, o seu comportamento foi, acima de tudo, adequado (28%).

4.1.4.1 Componente afectiva da atitude

Tabela 4.1-9 Componente afectiva da atitude face ao programa intergeracional

categoria componente afectiva da atitude face ao programa intergeracional					
subcategoria	indicador	frequência			
		m.	f.	n	%
emoções					
	positivas	2	6	8	44%
	indefinidas	2	0	2	11%
	negativas	1	0	1	6%

As respostas dos entrevistados tendem a ressaltar o quanto

«adorava ir ali... a gente *távamos* sempre contentes...» Marta

porque

«[s]entia-me... sentia alguma coisa forte, cá dentro, como se fosse... o meu avô ou a minha avó... sentia isso...» Susana

Os momentos de convívio no centro de dia foram tão significativos que deixaram saudades nas crianças, como manifesta uma delas:

«Sentia-me bem... e, até agora, tenho muita falta de ir lá...» Marta

Contudo, sem parecerem totalmente indiferentes às actividades intergeracionais, alguns respondentes não encontram outro adjectivo para qualificar a sua emoção, senão um indefinido

«normal... eles, às vezes, ajudavam-nos a fazer desenhos... faziam brincadeiras connosco...» Gustavo

Não obstante, como é natural, a conduta das crianças nem sempre é a mais adequada, pelo que, não se estranha que um dos entrevistados, embora não seja capaz de explicar porquê, recorde com mágoa que

«fiquei de castigo[...] Naquele dia que fiquei, que fiz a visita, quando acabou a visita fiquei de castigo.» Gabriel

4.1.4.2 Componente conactiva da atitude

Tabela 4.1-10 Componente conactiva da atitude face ao programa intergeracional

categoria componente conactiva da atitude face ao programa intergeracional					
subcategoria	indicador	frequência			
		m.	f.	n	%
comportamento					
	conveniente	3	2	5	28%
	atencioso	0	1	1	6%
	equânime	0	1	1	6%
	íntimo	0	1	1	6%
	adulto	1	0	1	6%

Assim, apesar da vaguidade das respostas, pode afirmar-se que, na generalidade, os participantes mais novos procediam

«[b]em... *ahn...* e um brincava comigo, às vezes...» Guilherme

ou, dito de outro modo,

«[b]em... compor... comportava-me bem... e comporto-me...» Susana

Outros respondentes recordaram alguns episódios que demonstram o carácter cuidadoso e cordial desses encontros intergeracionais, dado que

«[n]ós ajudávamos... às vezes, quando eles pediam um copo de água... *ahn...* eles... *ahn...* eles diziam “*Vais tu*” e nós íamos com uma senhora.... e depois levávamos o copo de água assim, muito devagarinho, para não entornar.» Vanda

4.1.5 Atitude face a novo programa intergeracional

A reacção à proposta de novas actividades intergeracionais foi registada por meio das seguintes perguntas:

Em tua opinião, os alunos da escola devam continuar a participar nas actividades?;

e,

Como poderias colaborar na elaboração de actividades intergeracionais?

Perante a possibilidade de estender o programa intergeracional ao 1º ciclo do ensino básico, uma expressiva maioria dos entrevistados mostraram interesse em participar (89%), apesar da hesitação de alguns (11%).

Resultados muito semelhantes surgiram após as crianças serem inquiridas sobre a sua disponibilidade para colaborar na elaboração de propostas de actividades para aquele programa. Ou seja, a maior parte dos respondentes anuiu em participar (78%), enquanto um deles manifestou alguma relutância em fazê-lo (6%).

4.1.5.1 Componente conactiva

Tabela 4.1-11 Componente conactiva da atitude face a novo programa intergeracional

categoria componente conactiva da atitude face a novo programa intergeracional					
subcategoria	indicador	frequência			
		m.	f.	n	%
participação em novo programa					
	favorável	8	8	16	89%
	hesitante	1	1	2	11%
colaboração em propostas de actividades					
	empenho	6	8	14	78%
	relutância	1	0	1	6%

A quase totalidade das respostas confluem em sentido favorável à inclusão dos alunos da escola básica, embora os motivos apresentados sejam variados. Assim, o apoio ao alargamento do programa pode ser devido a razões afectivas, porque

«[t]enho muitas saudades deles... Eu quando vejo eles a sair eu não posso... dizer “Adeus” porque a minha auxiliar... não deixa» Diana

ou à vontade de cuidar de pessoas fragilizadas, isto é,

«*prájudar* os... *ahn*... os avozinhos... porque nós somos... maiores... já...» Guilherme

Há quem reivindique um suposto direito à participação no programa e apresente, de antemão, um projecto de calendarização:

«Para se ir para lá deve ser para todos. [...] Mas num dia[...] para cada turma. [...] Assim, primeiro ia uma turma... e depois, a seguir, a segunda, e depois a terceira e a quarta. Mas não era no dia seguinte. Uma semana, primeiro, ia o *Jardim-de-infância*, depois, para a outra semana... (não continua o exemplo)» Gabriel

Também se alertou para a importância de dar a conhecer as actividades aos alunos da escola que não tiveram oportunidade de participar no programa intergeracional, porque não frequentaram o jardim-de-infância, ou seja,

«alguns... ainda não foram lá conhecer, ainda... e eu gostava que eles fossem... todos conhecer[...] para poderem... fazer... o que nós... fizemos...» Dinis

Apesar da forte adesão à hipotética dilatação da faixa etária dos participantes mais novos do programa intergeracional, essa ideia suscitou algumas dúvidas relativamente às actividades a realizar, o que quer dizer que

«[d]epende de... dos jogos[...]» Teresa

e da frequência das visitas, pois,

«[q]uando íamos lá era... acho que era terças e terças... [...] Era todas as terças[...] Semanalmente[...] Porque, assim, não se esqueciam do interesse de nós[...] houve alguns velhos... que... que... eu fiquei lá um ano e havia lá pessoas que... que estiveram comigo quando eu ia *prà* creche mas... mas já... já não se lembravam quem é que eu era.» Ricardo

Convidados a colaborar em propostas de actividades intergeracionais, as crianças manifestaram um interesse muitas vezes enérgico, demonstrando que

«[g]ostava que você viesse mais... vezes... para fazer mais perguntas a nós...» Diana

apesar de se registarem algumas reticências pontuais, tais como,

«[e]u era [*capaz de dar a minha opinião.*] Mas antes de acabar a escola. (sorri)» Marta

Ou,

«[e]u gostava... eu não gosto é de cantar. Nunca gostei de cantar. Mas cantava com eles... *Oliveirinha da serra... O vento levà flor...*» Cristiano

A única resposta genuinamente avessa à colaboração, no entanto, não foi clara quanto às razões que a fundamentam:

«Eu... mais ou menos... mais ou menos.» Sérgio

4.1.6 Representação de demência e de doença de Alzheimer

Dada a interacção das crianças com pessoas com demência, importava conferir o seu conhecimento sobre demência e, especificamente, acerca da doença de Alzheimer. Objectivo que se procurou atingir mediante o registo das respostas às perguntas:

O que é demência? E doença de Alzheimer?

Grande parte dos participantes revelou que desconhecia as definições de demência (89%) e de doença de Alzheimer (44%)³. As restantes crianças ora estavam equivocadas quanto à demência (6%) ora tinham algum conhecimento sobre a doença de Alzheimer (11%)⁴.

Tabela 4.1-12 Representação de demência e de doença de Alzheimer

categoria representação de demência e de doença de Alzheimer					
subcategoria	indicador	frequência			
		m.	f.	n	%
demência					
	desconhecimento	7	9	16	89%
	imprecisão	1	0	1	6%
doença de Alzheimer					
	desconhecimento	2	6	8	44%
	alguma informação	2	0	2	11%

O desconhecimento do termo demência fica claro em intervenções como:

«[d]e... quê?[...] Não.» Cristiano

ou,

«[a]hn?! [...] (abana a cabeça, negando)» Sara

ou, mesmo,

«[n]ão faço a mínima ideia do que é isso...» Susana

Por outro lado, a distorção da informação, que não será da responsabilidade das crianças, pelo menos na sua totalidade, provoca comentários do tipo:

³ As percentagens relativas à representação de doença de Alzheimer não traduzem o conhecimento geral das crianças participantes no estudo porque, por lapso, a questão não foi abordada nas primeiras entrevistas.

⁴ Ver nota anterior.

«[a]cho que é uma pessoa... estúpida... e... é só isso, *queu malembra...*» Guilherme

No que diz respeito à doença de Alzheimer, o desconhecimento parece ser generalizado, transparecendo em observações tais como:

«[d]oença de quê?[...] Não.» Leonardo

ou,

«[s]ei... *ahn...* mas... não sei... Alzheimer... Alzheimer, não... sei o que é que quer dizer...» Susana

As crianças que revelam ter algum conhecimento sobre a doença de Alzheimer, obtiveram-no através de familiares, por exemplo,

«[a] minha avó [*explicou-me o que era Alzheimer.*]» Dinis

Todavia, apesar das suas respostas denotarem algum conhecimento sobre os sintomas da doença de Alzheimer, estes respondentes não sabem o que a origina, nem os factores de risco que lhe estão associados. Assim, de acordo com os depoimentos, aquela é uma

«doença do esquecimento[...] Esquecimento (reforça)... esquecimento... de coisas temporais... que é... aconteceu há pouco tempo... por exemplo, meses ou... até pode ser um ano... o máximo que eu já ouvi falar foi um ano.» Ricardo

Cuja manifestações são variadas, porque, nalguns casos,

«[m]udavam muitas coisas... por exemplo... ser... serem... não falavam muito bem[... a]lguns... Nem todos que têm Alzheimer são assim...» Dinis

4.2 Alunos do 6º e dos 7º e 8º anos dos 2º e 3º ciclos

Seguindo um processo análogo ao anterior, apresentam-se os quadros respeitantes às categorias e subcategorias resultantes da análise de conteúdo das entrevistas aos alunos dos 6º, 7º e 8º anos.

Quadro 4.2-5 Categorias e subcategorias relativas à velhice

VELHICE		
REPRESENTAÇÃO DA VELHICE	categoria	subcategoria
	representação da velhice	
	O que pensas sobre a velhice?	
		senescência dignidade maturidade
	Como se comportam os velhos?	
		comportamento
ATTITUDE FACE À VELHICE	categoria	subcategoria
	componente conactiva	
	Como te comportas quando estás com um velho?	
		comportamento
	componente cognitiva	
	Que velhos conheces?	
		fonte de conhecimento meio de transmissão do conhecimento
	Que utilidade têm os mais velhos?	
	utilidade dos velhos	

Quadro 4.2-6 Categorias e subcategorias relativas ao programa intergeracional

PROGRAMA INTERGERACIONAL		
REPRESENTAÇÃO DO PROGRAMA INTERGERACIONAL	categoria	subcategoria
	representação do programa intergeracional	
	Os utentes do centro de dia eram diferentes dos outros velhos que conheces?	
		traços distintivos dos utentes
	Como se comportavam os utentes do centro de dia?	
		comportamento dos utentes
	Como eram as actividades no centro de dia?	
	actividades	
ATTITUDE FACE AO PROGRAMA	categoria	subcategoria
	componente afectiva	
	Como te sentias durante as actividades?	
		emoções

Quadro 4.2-7 Categoria e subcategoria relativas a novo programa intergeracional

NOVO PROGRAMA INTERGERACIONAL		
ATTITUDE FACE AO PROGRAMA	categoria	subcategoria
	componente conactiva	
	Em tua opinião, os alunos da escola deviam continuar a participar nas actividades?	
		participação em novo programa

Quadro 4.2-8 Categoria e subcategorias relativas a demência e doença de Alzheimer

DEMÊNCIA E DOENÇA DE ALZHEIMER		
REPRESENTAÇÃO DE DEMÊNCIA E DE DOENÇA DE ALZHEIMER	categoria	subcategoria
	representação de demência e de doença de Alzheimer	
	O que é demência? E doença de Alzheimer?	
		demência
		doença de Alzheimer

Quadro 4.2-9 Categoria e subcategoria relativas a sessão de informação sobre demência

SESSÃO DE INFORMAÇÃO SOBRE DEMÊNCIA		
ATTITUDE FACE À SESSÃO	categoria	subcategoria
	componente conactiva	
	Pensas ser importante a realização de uma sessão de esclarecimento?	
		receptividade

4.2.1 Representação da velhice

O apreço da significação do envelhecimento em adolescentes fez-se a partir das questões:

*O que pensas sobre a velhice?; e,
Como se comportam os velhos?*

Para os respondentes, os termos velhice e velho remetem à senescência, à paridade com os demais cidadãos ou ao auge do conhecimento humano.

Quanto ao comportamento dos mais velhos, de acordo com as declarações dos participantes, parece que oscila entre o mau humor e a tranquilidade ou a boa disposição.

4.2.1.1 Significado de velhice

Tabela 4.2-13 Representação da velhice

categoria representação da velhice		frequência			
subcategoria	indicador	m.	f.	n	%
		senescência			
	fragilidade	1	2	3	100%
	idade	1	1	2	67%
dignidade					
	peessoa	0	1	1	33%
maturidade					
	autoconhecimento	1	0	1	33%

O envelhecimento representa, para a totalidade dos adolescentes entrevistados, um período da vida assinalado pelo declínio físico e cognitivo, porque os mais velhos são

«pessoas que já não têm tantas capacidades como nós. [...] No físico... a cabeça já não fixa tão bem... esses aspectos.[...] Ficam mais cansadas.» Manuela

E,

«pelo que eu vi... eles agem mais lento [e] ficam com muito frio» Rafael

Características que podem ajudar a explicar porque um indivíduo velho necessita

«de mais cuidados... assim... [p]orque, já não tem... tanta força... tanto *coiso pra... tipo*, nós... *íá*.[...] *Ahn*... quando a pessoa... já não... tem tanta força... começa a ter muitas doenças...» Ana

Outro aspecto representativo da *velhice* é o número de anos que permeia o nascimento e o último aniversário de cada ser humano. Apesar de não haver consenso sobre a quantidade exacta a considerar, já que velhos podem ser

«pessoas que já estão... a entrar... numa certa idade[...] A partir dos... 60» Manuela

ou

«[a]hn... acho que seja a partir dos 45[...] Não sei.» Rafael

Mas, mais importante do que a determinação exacta da idade, a partir da qual um indivíduo se considera velho, parece ser o facto de se manter a dignidade e os direitos ao longo de toda a vida,

«[q]uer dizer, é uma pessoa como nós, né?!...» Ana

Essa etapa cronológica, a nível particular, representará também um momento privilegiado para que uma pessoa possa

«conhecer-se a si própria... Porque já não tem muitas tarefas a fazer... Alguns têm ainda trabalho mas outros estão na reforma, por exemplo. Eles têm, *tipo*, mais... tempo para... saber o que eles podem fazer e... Se eu fosse velho, eu gostava de conhecer o mundo. Sair para fora. Viajar...» Rafael

4.2.1.2 Comportamento dos mais velhos

Tabela 4.2-14 Representação da velhice (cont.)

categoria representação da velhice (cont.)					
subcategoria	indicador	frequência			
		m.	f.	n	%
comportamento					
	mal-humorado	0	2	2	67%
	calmo	1	0	1	33%
	bem-disposto	1	0	1	33%

Se, por um lado, as pessoas mais velhas demonstram que

«[à]s vezes, ficam de mau feitio» Manuela

e

«não têm tanta paciência para muito barulho... eu acho... não se conseguem *coisa* com muito barulho...» Ana

por outro,

«são mais calmos... já não têm... reacção...» Ana

ou

«gostam mais de jogar jogos e de divertir-se com crianças.» Rafael

4.2.2 Atitude face à velhice

A atitude face ao envelhecimento e aos velhos foi abordada segundo as suas componentes conactiva e cognitiva, expressas nas respostas dos participantes quando questionados sobre:

Como te comportas quando estás com um velho?;

Que velhos conheces?; e,

Que utilidade têm os mais velhos?

Relativamente à componente conactiva, cada afirmação dos adolescentes traduz igual número de comportamentos. Os respondentes demonstram respeito, devido ao reconhecimento da sabedoria dos mais velhos, mas também revelam que adaptam a sua conduta, atendendo às condições físicas ou personalidade dos velhos com quem se relacionam.

A assimilação de informações respeitantes ao envelhecimento parece decorrer do convívio com pessoas mais velhas. Neste âmbito, os participantes apontaram, sobretudo, os seus familiares como modelos e fonte de conhecimento sobre o processo de envelhecimento, em especial, através do relato de memórias biográficas das respectivas famílias.

Quanto à utilidade dos mais velhos, os adolescentes entrevistados reconhecem que aqueles são importantes para o seu desenvolvimento emocional e cognitivo.

4.2.2.1 Componente conactiva

Tabela 4.2-15 Componente conactiva da atitude face à velhice

categoria componente conactiva da atitude face à velhice					
subcategoria	indicador	frequência			
		m.	f.	n	%
comportamento					
	condicionado	0	1	1	33%
	respeitoso	1	0	1	33%
	constrangido	0	1	1	33%

O comportamento dos adolescentes, em interacção com pessoas mais velhas, tanto pode ser compassivo, influenciado pela condição de saúde do velho em questão, já que

«[d]epende do... do... dess... do velho. (voz fechada) Se têm doenças... ou assim, temos de ter mais calma e sorrirmos...» Manuela

como de

«muito respeito (coloca ênfase na declaração) Eu... penso que... esta pessoa já esteve aqui, já esteve aqui há muito tempo e... e conhece coisas, mais do que eu e eu gosto sempre de ouvir o que eles têm a dizer e... contam-me histórias e isso. [...] Porque... sei lá!... são pessoas que já tiveram muito tempo, já.» Rafael

ou, ainda, carregado de algum constrangimento

«porque, às vezes, há velhotes que, se calhar, pelo passado deles, são um bocadinho... chateados, e tudo... estão sempre assim... e isso faz-me um bocado de confusão.» Ana

4.2.2.2 Componente cognitiva

Tabela 4.2-16 Componente cognitiva da atitude face à velhice

categoria componente cognitiva da atitude face à velhice					
subcategoria	indicador	frequência			
		m.	f.	n	%
fonte de conhecimento					
	familiar	1	2	3	100%
	outra	1	1	2	67%
meio de transmissão de conhecimento					
	narrativas familiares	1	1	2	67%
	outras narrativas	0	1	1	33%
utilidade dos velhos					
	suporte emocional	0	1	1	33%
	sabedoria	1	0	1	33%

Os exemplos principais de velhice costumam sobrevir do convívio próximo com velhos, sendo que...

«[a]hn... alguns são familiares» Rafael

com os quais chegam a partilhar o dia-a-dia, dado que

«[m]oro com a minha avó... [J]á tem... já tem 70 anos... e, também, já precisa de um bocadinho de ajuda. Dar-lhe força para andar e isso...»
Ana

No entanto, a fonte de conhecimento não se restringe ao seio familiar, uma vez que é frequente o contacto com a velhice no espaço público frequentado pelos entrevistados, seja

«num café...» Rafael

ou na rua, no próprio bairro, já que

«[c]ostumo encontr... a minha avó costuma encontrar amigas... e eu costumo, às vezes, cumprimentar e responder “*Está tudo bem*” ...» Ana

Em determinadas situações, a transmissão de conhecimentos é efectuada através da evocação de acontecimentos marcantes na vida de algum parente. O que pode ocorrer ao acaso, quando alguém

«vai ver as fotos, e assim, diz... quando encontra, diz... imensas coisas...» Ana

Os membros mais velhos de cada família têm, por essa via, oportunidade de recordar

«histórias sobre... *tipo... ahn...* sobre, sei lá, o que já passaram pela vida... *ahn...* contam-me histórias sobre... as suas primeiras aulas... e... o que é que fizeram, quais foram os cursos...» Rafael

Mas, outras narrativas, fora da esfera íntima, também servem para ilustrar os

«tempos antigos.» Manuela

Apesar da relevância dos mais velhos para a consolidação identitária dos adolescentes, inferida a partir das respostas anteriores, à avó também é reconhecido o papel de confidente, dado que,

«eu gosto de estar com a minha avó porque ela também me ouve... também sabe-me ouvir... atura-me muito (*sorri*)... tem mais paciência que a minha mãe... paciência... *ahn...* pois...» Ana

Desse modo, afigura-se como a pessoa certa para falar

«[s]obre... as minhas coisas.» Ana

Por sua vez, se os velhos que conhecem

« já viveram muita coisa, certamente, já fizeram erros. E eles podem dizer coisas que já fizeram para nós não fazermos, *que é um erro.*»
Rafael

O que revela a sua importância enquanto fonte de sabedoria para os adolescentes.

4.2.3 Representação do programa intergeracional

As memórias remanescentes das actividades no centro de dia auxiliam na caracterização quer dos participantes mais velhos quer do próprio programa intergeracional, através do registo das respostas às perguntas:

Os utentes do centro de dia eram diferentes dos outros velhos que conheces?;
Como se comportavam os utentes do centro de dia?; e,
Como eram as actividades no centro de dia?

Os respondentes nomearam como principal característica diferenciadora dos utentes do centro de dia, em relação a outros velhos por eles conhecidos, os problemas físicos. Somente um dos entrevistados sabia que se tratavam de doentes de Alzheimer.

No que respeita às actividades desenvolvidas, apesar de não restarem memórias claras quanto à sua natureza, os depoimentos dos adolescentes sugerem que se conservam as emoções positivas originadas por elas, sobretudo as positivas.

4.2.3.1 Traços distintivos dos utentes do centro de dia

Tabela 4.2-17 Representação do programa intergeracional - utentes

categoria representação do programa intergeracional					
subcategoria	indicador	frequência			
		m.	f.	n	%
traços distintivos dos utentes					
	dificuldades físicas	1	1	2	67%
	doença de Alzheimer	0	1	1	33%
	idade	1	0	1	33%
	vestuário	1	0	1	33%

Os adolescentes entrevistados recordam-se, sobretudo, das dificuldades de locomoção dos utentes daquela instituição, o que era perceptível dada

«a forma como... mexiam-se. [...] Andavam mais lento (arrasta as palavras)... faziam as coisas mais lento....» Rafael

mas, igualmente, devido à sua postura passiva, pois

«notava-se que eles... sempre sentados e assim...» Ana

Os participantes mais velhos do programa intergeracional destacavam-se por serem

«pessoas mais velhas...» Rafael

e porque se vestiam de maneira diferente, isto é,

«estavam sempre, também, com a roupa *bué da*... quente e isso.» Rafael

Reforçando a ideia de que, com o passar dos anos, o corpo fica mais sensível às grandes diferenças de temperatura.

Será relevante sublinhar que, apenas um dos respondentes sabia que

«(muito baixo) [t]inham Alzheimer.» Manuela

4.2.3.2 Comportamento dos utentes

Tabela 4.2-18 Representação do programa intergeracional - utentes (cont.)

categoria representação do programa intergeracional (cont.)					
subcategoria	indicador	frequência			
		m.	f.	n	%
comportamento dos utentes					
	bondoso	0	2	2	67%
	indeterminado	1	1	2	67%
	simpático	0	1	1	33%
	inapropriado	0	1	1	33%

Em geral, os utentes do centro de dia foram percebidos como

«boas pessoas» Manuela

isto é,

«... *ehn*... conosco, eram amorosos... gostavam muito de nós.» Ana

No fundo,

«eram pessoas... normais (encolhe os ombros).» Ana

Contudo,

«havia alguns que eram muito... falavam mal e tudo...» Manuela

4.2.3.3 Actividades desenvolvidas

Tabela 4.2-19 Representação do programa intergeracional - actividades

categoria representação do programa intergeracional (cont.)					
subcategoria	indicador	frequência			
		m.	f.	n	%
actividades					
	lúdicas	1	2	3	100%
	coloquiais	1	1	2	67%
	musicais	0	1	1	33%
	narrativas	0	1	1	33%
	manuais	0	1	1	33%

Todos os participantes demonstraram recordar-se de quando

«fazíamos jogos.» Manuela

Embora não se lembrem muito bem de quais. Tanto podiam ser

«... *ahn*... cartas e... puzzles e uma *cena* assim.» Rafael

como

«festinhas e tudo.[...] Não é bem festinhas, era, *tipo*, um convívio[.]»
Ana

Outros momentos gratificantes parecem ter sido aqueles em que

«falávamos muito» Manuela

acerca de assuntos que, apesar de tudo, não perduraram no tempo.

Sobraram lembranças soltas de quando

«*a gente...* fazíamos coisas de música... *ahn...* com os sininhos e essas... fazíamos todos música... com eles...» Ana

ou se reuniam num pequeno logradouro, junto à escola, para

«ouvir umas histórias. Acho que era de um elefante...» Ana

Mas também faziam outras actividades em conjunto

«... assim, plásticas e isso[.]» Ana

4.2.4 Atitude face ao programa intergeracional

Tabela 4.2-20 Componente afectiva da atitude face ao programa intergeracional

categoria componente afectiva da atitude face ao programa intergeracional					
subcategoria	indicador	frequência			
		m.	f.	n	%
emoções					
	positivas	1	2	3	100%
	ambíguas	1	1	2	67%

A percepção da atitude dos participantes para com as actividades realizadas com os utentes do centro de dia teve, apenas, em consideração as emoções preservadas ao longo dos anos, reveladas pela pergunta:

Como te sentias durante as actividades?

As emoções decorrentes do programa intergeracional são, acima de tudo, positivas, apesar de alguns incidentes isolados.

As respostas revelam unanimidade quanto às emoções predominantes, variando apenas na intensidade com que as memórias são evocadas, ora de modo afirmativo

«Sim, gostava. Quando era pequenina gostava.» Ana

ora circumspecto

«Eu, *tipo*... eu tinha muito respeito e... gostava muito de ouvir elas e estar com elas e isso. [...] Eram uma segunda família. E amigos.»
Rafael

Porém, a recordação de alguns episódios, presenciados durante as actividades, contrariam as opiniões anteriores, visto que

«havia alguns que eram muito... falavam mal e tudo... havia outros que... eram boas pessoas.» Manuela

Tabela 4.2-21 Componente conactiva da atitude face a novo programa intergeracional

categoria		componente conactiva da atitude face a novo programa intergeracional			
subcategoria	indicador	frequência			
		m.	f.	n	%
participação em novo programa					
	condicionada	1	2	3	100%

4.2.5 Atitude face a novo programa intergeracional

Supondo que se organizassem actividades intergeracionais abrangendo os alunos mais velhos do AEMM, procurou-se perceber qual a receptividade dos adolescentes a esse hipotético programa, inquirindo:

Em tua opinião, os alunos da escola deviam continuar a participar nas actividades?

Todos os respondentes impuseram condições à sua participação num novo programa intergeracional.

A concordância com a proposta foi hesitante por parte de todos os respondentes, que esboçaram um

«[s]im... (muito sumido) [...] Não sei... diferente[...] É um bocado diferente... não sei... [...] Já era diferente... *ahn*... não sei... não iria ser igual...» Ana

Uma adolescente foi capaz de reconhecer que a doença de Alzheimer afectaria a interacção com eles, pois

«se *a gente* lá voltasse, não dava muito bem, porque *a gente* éramos normais. Eles esqueciam-se depois de nós, alguns.» Manuela

Pelo que, seria necessária a adaptação das actividades, de maneira a favorecer a partilha entre todos os participantes, tal como

«[f]alar muito com eles e... sobre coisas antigas e... e que, para eles, depois, fizessem coisas que eles lembrass... acabassem por se lembrar de nós. [...] Para se virem a lembrar.» Manuela

Mesmo sem ter em mente esse pressuposto, outro participante reafirma que

«*curtia* mais falar. *Tipo*, saber o que é que eles já passaram e... o que é que gostavam de fazer[. N]uma conversa, uma pessoa está a experienciar o que... uma pessoa já passou.» Rafael

Aquelas alterações programáticas deveriam, ainda, atender aos interesses dos adolescentes que, com o passar dos anos, se alteraram e são, actualmente, bem diferentes dos que tinham enquanto crianças, ou seja,

«*tipo*, essas que o senhor disse... ensinar [*novas tecnologias*]... sim, não me importava.» Ana

4.2.6 Representação de demência e de doença de Alzheimer

Com o intuito de perceber quanta informação receberam sobre demência e, em particular, acerca da doença de Alzheimer, bem como se esse conhecimento foi interiorizado pelos participantes, perguntou-se-lhes o que entendiam sobre esses assuntos e quem lhes tinha explicado o seu significado. Questões consubstanciadas do seguinte modo:

O que é demência? E doença de Alzheimer?

Tabela 4.2-22 Representação de demência e de doença de Alzheimer

categoria representação de demência e de doença de Alzheimer					
subcategoria	indicador	frequência			
		m.	f.	n	%
demência					
	desconhecimento	0	1	1	33%
	imprecisão	1	0	1	33%
doença de Alzheimer					
	desconhecimento	0	1	1	33%
	dúvida	1	0	1	33%
	alguma informação	0	1	1	33%

Os adolescentes revelaram quer desconhecimento, quer insuficiência ou imprecisão de conceitos quanto ao tema.

Demência é entendida como

«uma doença que... faz uma pessoa perder memória... muito... acho que é a mais recente, as mais recentes e outras mais... mais antigas.»
Rafael

Quanto à doença de Alzheimer, as respostas são semelhantes, isto é, por um lado, reconhece-se que

«[s]ei... que existe... mas não sei... o que é.» Ana

ou se demonstra dúvida acerca do assunto, ou seja,

«[u]hn... é... não é a mesma coisa que demência?» Rafael

Por outro, o conhecimento sobre a doença de Alzheimer não é suficiente para que tenham uma ideia clara, que lhes permita reflectir acerca da problemática em questão:

«É esquecer... *ehn*... é esquecer-se... dela... da vida, daquilo que faz parte deles, o que é que eles são.» Manuela

Para todos os efeitos, ressalta a irrelevância que a demência e as doenças a ela associadas têm no âmbito social e escolar dos adolescentes inquiridos. Se foi prestada alguma atenção sobre o tema, o interesse foi tão fugaz que se dissipou com o passar do tempo, tanto que

«[j]á não me lembro. Já sei há algum tempo o que é. [...] Só me explicaram, depois, mais tarde.» Manuela

O que sugere que não ter havido capacidade para instigar a curiosidade e a reflexão dos adolescentes enquanto crianças.

4.2.7 Atitude face a sessão de informação sobre demência

Tabela 4.2-23 Componente conactiva da atitude face a sessão de informação

categoria componente conactiva da atitude face a sessão de informação					
subcategoria	indicador	frequência			
		m.	f.	n	%
receptividade					
	favorável	1	1	2	67%

Procurou-se perceber qual a reacção dos adolescentes ao esclarecimento a respeito de demência e, em particular, da doença de Alzheimer em sessões de informação a introduzir no currículo escolar, interpelando-os da seguinte maneira:

Pensas ser importante a realização de uma sessão de esclarecimento?

Os entrevistados, de uma maneira geral, identificaram benefícios numa abordagem sobre as implicações sociais da demência.

Questionados sobre a possibilidade de integrar, durante o ano lectivo, uma sessão de esclarecimentos sobre demência e doença de Alzheimer, a maioria dos participantes mostrou-se receptiva ao projecto, porque

«[é] sempre importante ouvirmos mais coisas. E... acho que é uma doença que toda a gente conhece... pelo menos, no geral. Eu acho que é sempre bom... especificar mais o que é que é... Porque pode acontecer aos nossos... ou a quem está perto.» Manuela

*

Os resultados obtidos levam a crer que o programa intergeracional implementado surte efeitos positivos nas crianças, que permanecem ao longo do tempo, nomeadamente ao nível emotivo. Apesar disso, parece que pouco altera a atitude perante os mais velhos e a velhice. Algumas respostas que poderiam indicar o contrário sugerem mais uma adequação ao que os participantes julgavam que se pretendia fosse dito do que um reflexo das suas opiniões. Quanto às atitudes face à demência ou à doença de Alzheimer, o programa não teve qualquer efeito porque não foi desenvolvida qualquer iniciativa complementar para abordar o tema. Donde, as crianças e os jovens, na sua quase totalidade, desconhecem o que são.

Sobretudo devido à reduzida amostra deste estudo não se podem fazer leituras relevantes para futura evidência. Portanto, são necessários mais estudos nesse sentido.

5. Apontamentos finais

Na impossibilidade de efectivar um projecto de trabalho, serve o derradeiro capítulo para apresentar alguns apontamentos finais, decorrentes da reflexão geral do autor sobre assuntos relacionados com a sua experiência como voluntário em diversas entidades prestadoras de cuidados aos mais velhos, alguns com demência. No fundo, estes apontamentos indicam algumas premissas exigidas nesse tipo de cuidado e que também devem estar subjacentes aquando do planeamento de um programa intergeracional que envolva pessoas com demência.

Como ficou patente na introdução, a partir de meados do século XX, assistiu-se à passagem de uma estrutura demográfica jovem, caracterizada por elevados níveis de mortalidade e natalidade, para outra, envelhecida, cujos níveis são muito mais reduzidos. Esse acelerado envelhecimento da população e a denominada involução demográfica, caracterizada tanto pelo aumento gradual da população envelhecida no topo da pirâmide demográfica, como pela não renovação da população na base, resultou no desequilíbrio intergeracional nos países desenvolvidos (Fernandes, 2008, pp. 72-3) e, por conseguinte, em grande parte dos países europeus (cf. WHO, s.d.; UN, 2015b, p. 28).

Essa tendência é conhecida desde há muitos anos, mas apenas cerca do séc. XXI é que se começou a debater, seriamente, sobre que políticas se deveriam implementar para atenuar os efeitos do rápido envelhecimento da população. Ainda assim, só alguns países tomaram já medidas nesse sentido, sobretudo ao nível da arrecadação de receitas por via de impostos. Porém, o problema não atinge só as economias nacionais, dado que se adivinham, também, problemas sociais importantes (cf. Marques, 2011, p. 22; Jackson, Howe & Peter, 2013, p. 49), em particular, no que concerne às relações intergeracionais, que poderão agravar-se se não se alterarem as actuais atitudes da população mais jovem face à velhice.

A grande desproporcionalidade entre a população activa e aquela dependente do apoio das famílias e dos estados, prevista para breve, exige a implementação de soluções, tanto de médio e longo prazo como imediatas, pois essa situação atingirá o auge daqui a algumas décadas (cf. Jackson *et al.*, 2013, p. 49).

Nesse contexto, é inútil apontar o dedo e responsabilizar apenas os jovens pelo estado actual da sociedade, pois um problema civilizacional não se restringe a uma determinada geração (Lipovetsky, 1983/1989, p. 34).

Os problemas começam sempre cedo. Certamente, em casa, no ambiente familiar, dado que os pais das actuais crianças e jovens também são fruto da sociedade que valoriza demasiado o sucesso individual e a obtenção do prazer imediato. No entanto, as escolas, na generalidade, também não souberam lidar com esta situação, nem adequar os seus programas curriculares à realidade. Assim se pode explicar a indiferença revelada pelos alunos, sem pruridos, através da sua apatia ou atenção dispersa, que mais não são do que a manifestação do desinteresse em aprender as matérias apresentadas. Indiferença reforçada, possivelmente, pela excessiva protecção daqueles que têm ao seu alcance tudo aquilo de que necessitam, sem qualquer esforço (cf. Lipovetsky, 1983/1989, pp. 37-8, 42). Para esse resultado, certamente que, quer os organizadores dos programas escolares, quer os próprios professores, têm a sua quota-parte de responsabilidade.

*

O envelhecimento é um fenómeno irreversível, caracterizado pelo declínio, natural e gradual, das capacidades cognitivas e motoras dos cidadãos mais velhos que, não raras vezes, se agrava devido à influência de estereótipos e preconceitos negativos (Giddens, 1989/2000, p. 171; Goldfarb & Lopes, 2011, p. 1587). Estes incidem, sobretudo, em supostas dificuldades (Fernandes, 2008, p. 80), associadas ao declínio físico e mental, à inutilidade ou ao isolamento (Fernandes, 2008, p. 72; Palmore citado por Magalhães, 2012, p. 97).

É verdade que o envelhecimento acarreta inevitáveis problemas de saúde e que não é fácil dissociar esses efeitos dos estatutos social e económico dos mais velhos. Também é certo que, diversos episódios na vida do indivíduo podem ter impacto directo na sua condição física ou psicológica, nomeadamente, os acidentes, a morte de familiares e amigos ou a cessação da actividade profissional, por desemprego ou reforma (Giddens, 1989/2000, pp. 170-1; Fernandes, 2008, p. 77). Tal como em qualquer outro grupo etário, a velhice pode variar de acordo com o estatuto social, a actividade laboral exercida, as relações sociais e familiares ou o género. Portanto, velhice e velho são definições muito subjectivas, que dependem de características individuais. Mas, apesar da variedade de determinantes e da diversidade de envelhecimentos existentes, que deviam acentuar a heterogeneidade deste grupo e não o contrário, a sociedade ainda tende a enquadrar essa vasta percentagem da população em estereótipos tradicionais (Minayo, 2006, pp. 48-9).

Os estereótipos, positivos ou negativos, minimizam as particularidades funcionais de cada indivíduo, homogeneizando a velhice e a população mais velha (Fernandes, 2008, pp. 72, 76; Tortosa & Motte citados por Magalhães, 2012, p. 98). Para além de revelarem a negação do próprio envelhecimento, por parte de quem se serve deles para moldar as suas atitudes. Porém, ironicamente, os estereótipos acabam por ser a razão de algumas medidas de discriminação positiva nas áreas da economia, política, família, habitação e saúde, que visam a promoção da qualidade de vida dos mais velhos (Neri, 2004/2007, p. 2). O que poderia sugerir que, de alguma maneira, as sociedades modernas se moldam de acordo com princípios éticos de igualdade de direitos e de equanimidade de deveres dos seus cidadãos (*cf.* Moscovici citado por Jesuino, 2013, p. 11.7). Porém, na prática, na maioria das vezes, esses conceitos não extravasam os documentos oficiais e demoram muitos anos a ser interiorizados pela população em geral.

Fundamentalmente, existem duas percepções do processo de envelhecimento. Por um lado, parece reconhecer-se o valor da velhice, o que promove a investigação científica na área da saúde, e permite o aumento da expectativa de vida da população mais velha. Por outro, apontam-se os efeitos nefastos do envelhecimento populacional para as finanças, familiar e estatal, e retratam-se os velhos como consumidores de recursos. A este epíteto não escapam nem os indivíduos que põem fim à sua actividade laboral, pois a sociedade dita olímpica e supostamente perfeita, jovem, saudável e bem-sucedida, privilegia a capacidade produtiva em prejuízo da

experiência de vida acumulada (Giddens, 1989/2000, p. 171; Fernandes, 2008, pp. 77, 79; Sapeta, 2011, p. 19; Zimmerman, 2000, p. 44), em especial em períodos de carestia, caracterizados pela pobreza e o desemprego (cf. Moscovici citado por Jesuino, p. 11.16).

Ambas as visões definem uma clara distinção de atitudes. Se, por um lado, se manifestam atitudes respeitosas face aos velhos que mantêm um modo de vida saudável; por outro, demonstra-se repulsa ou, no máximo, atitudes paternalistas para com aqueles que competem pelos recursos económicos e sociais existentes (cf. Fiske *et al.*, 2002, p. 881).

Essas representações não são recentes nem sequer características das sociedades modernas ocidentais. A maioria das culturas sempre tendeu a desvalorizar a participação social da população mais velha (Minayo, 2006, pp. 51-2). Apesar de alguns adágios, amplamente divulgados, sugerirem o respeito pelo conhecimento acumulado dos mais velhos (*e.g.*, Annan, 2002, p. 66), coexistem relatos sobre rituais ancestrais de repúdio daqueles que já não têm utilidade, nem sequer sabedoria, capaz de suscitar a admiração da população mais nova que, conseqüentemente, os abandona à sua sorte para morrer (Moscovici citado por Jesuino, 2013, p. 11.16; Riffiotis citado por Minayo, 2006, p. 52).

Pode ser que a situação que se assiste actualmente se deva ao facto de, desde meados do século XX, as sociedades se terem tornado mais permissivas e, portanto, menos controladoras da vida colectiva, possibilitando uma autonomia relativa dos indivíduos, que passam a centrar a sua atenção em si próprios, ignorando o outro. Daí que, as únicas questões que conseguem mobilizar a intervenção de cada indivíduo ou grupo de indivíduos são justamente aquelas em que é expectável que satisfaçam os seus interesses ou desejos particulares (Lipovetsky, 1983/1989, pp. 14-5). Este fenómeno terá provocado o esvaziamento de sentido das instituições, que deixaram de ser atractivas para a maioria dos cidadãos, cujo foco individual passou a centrar-se, exclusivamente, em si mesmos (Lipovetsky, 1983/1989, p. 35), numa ânsia exacerbada de satisfação do ego. Cada vez mais, o indivíduo expressa a sua identidade na sua rede de contactos, através da ostentação dos seus bens de consumo imediato, da partilha febril de informações fúteis, do modo como ocupa os seus tempos livres; expondo a sua intimidade em comparação com a dos demais membros do grupo. Numa cadeia de relações muito ténue, em que o que é transmitido parece apenas interessar ao próprio indivíduo que comunica (Lipovetsky, 1983/1989, pp. 15-6, 37), pois o vínculo social deixou praticamente de existir. Por isso, não admira o alheamento das gerações mais novas relativamente ao outro que, ora não partilha os mesmos interesses, ora se encontra numa situação que, de algum modo, pode afectar a concretização dos seus objectivos de vida imediatos.

Identificado com as dificuldades decorrentes de diversos tipos de incapacidades e estereótipos, o estigma associado à última fase da vida prevalece porque a sociedade dificilmente aceita o processo de envelhecimento e a finitude humana, vaticinando a morte social dos indivíduos mais velhos (Fernandes, 2008, pp. 71-2; Kübler-Ross, 1994, pp. 7, 9; Minayo, 2006, pp. 50-3; Py, Trein, Oliveira & Azevedo, 2011, p. 1353; Sapeta, 2011, pp. 17-8;

Zimerman, 2000, pp. 28-9, 40-3). Ao diminuírem as suas capacidades físicas e ou psíquicas, estes deixam de ser considerados cidadãos de pleno direito.

Cabe, no entanto, referir que não se podem generalizar as situações descritas, pois ainda predominam as relações familiares e de vizinhança; baseadas na solidariedade, na ajuda mútua e nas trocas intergeracionais (Fernandes, 2008, p. 72).

No caso particular das relações familiares, estas ainda se modelam mediante redes de parentesco, onde se partilham bens e afectos entre os membros mais velhos e os seus filhos ou netos. Essas trocas concretizam-se, essencialmente, através de ajudas financeiras ou de prestação de serviços. No primeiro caso, tendem a dirigir-se da geração mais velha para as mais novas, mesmo que os seus rendimentos sejam muitas vezes inferiores aos dos filhos ou netos. Já no que concerne à prestação de serviços, estas ajudas costumam efectuar-se em ambos os sentidos (Fernandes, 2008, p. 84). Ou seja, essas dádivas e retribuições (*cf.* Mauss citado por Fernandes, 2008, p. 84) manifestam-se de diversas formas, conforme as necessidades detectadas e os laços de reciprocidade existentes, resultando em relações afectivas e de cuidado, para além da ajuda financeira (Fernandes, 2008, pp. 85-6). Essa dedicação serve, principalmente, para explicar os elos que se mantêm quando a família é abalada pela doença incurável e progressiva de um dos seus elementos, cujo desfecho se sabe poder ser complicado e doloroso.

Todavia, essa excepção nem sempre se aplica ao domínio íntimo. Muito menos à sociedade em geral, onde a maioria dos indivíduos não demonstra capacidade para se confrontar com o sofrimento do outro ou com a sua diferença. Isso, invariavelmente, conduz à natural tendência para o definir mediante estereótipos ou preconceitos, que constitui uma violência tão nefasta quanto a violência física. Demasiadas vezes a depreciação das capacidades dos mais velhos são a manifestação do desprezo pela sua experiência de vida e autonomia, o que lhe subtrai dignidade. Ao envelhecer o indivíduo vai, paulatinamente, deixando de ser pessoa, de ter domínio sobre as suas actividades quotidianas e passa a ser considerado incapaz de tomar decisões que afectem a sua vida. Essa discriminação acaba por alterar negativamente a sua representação de si mesmo, cerceando o seu sentido de vida; o que conduz à morte psíquica, ao conseqüente declínio do estado de saúde e, por fim, à morte fisiológica do indivíduo (*cf.* Sapeta, 2011, p. 18).

Em suma, a perniciosa representação do envelhecimento constitui a fonte dos mitos que o reduzem a um processo orgânico decadente que gera problemas (Minayo, 2006, p. 50), de ordem económica e social. Estes mitos, como qualquer outro, não deixam de ter o seu quinhão de verdade (Fernandes, 2008, p. 80); daí que se tenda a projectar a discussão, veladamente, para a questão da eugenia (Moscovici citado por Jesuino, 2013, p. 11.19), que mais não será do que uma fuga da sociedade moderna à experiência da doença e da morte, por não as reconhecer como uma realidade humana. Isso leva ao alheamento e à negação de tudo aquilo a que estão associadas. Essa atitude subtrai gradualmente significado à velhice, à doença, ao sofrimento, à

dor e ao luto; levando à indiferença e à negação de tudo aquilo que lhes está associado, o que exclui todos aqueles que, de uma maneira ou de outra, experimentam qualquer uma dessas situações (Sapeta, 2011, p. 19). Por isso, não se admira que os cuidados paliativos, sejam, ainda, tão negligenciados.

*

Os cuidados paliativos têm como objectivo a promoção do bem-estar e da qualidade de vida de doentes incuráveis ou graves, em fase avançada e progressiva, bem como das suas famílias, através da prevenção e do alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual (Lei nº 52/2012, p. 5119; WHO citada por Sapeta, 2011, p. 73); devendo estender-se para lá da morte do doente, para acompanhar o luto dos seus familiares.

Esta intervenção considera, simultânea e complementarmente, o tratamento e o alívio do sofrimento logo a partir do momento em que a doença é detectada, não devendo esperar-se pela sua fase terminal para actuar paliativamente. Ou seja, devem privilegiar-se as necessidades do doente a cada momento e não o seu prognóstico de vida (Sapeta, 2011, p. 73), tendo a sensibilidade para suprir as necessidades espirituais, em detrimento dos procedimentos técnicos adoptados pelos profissionais de saúde (Santos, 2009, p. 11). O contrário conduz, muitas vezes à obstinação terapêutica (Sapeta, 2011, p. 20), consequência provável da dificuldade dos profissionais de saúde em lidar com a morte, concentrando-se exclusivamente na tentativa de minimizar os sintomas físicos das doenças, que demasiadas vezes leva à perda de dignidade do doente e ao seu abandono. Daí a necessária formação específica dos profissionais que integram as equipas de cuidados paliativos

A importância da formação especializada é tal que, organizações orientadas para os cuidados paliativos a nível europeu, sentiram a obrigação de reclamar dos governos a formação e o treino dos profissionais de saúde que trabalham nesse âmbito (*cf.* European association of palliative care, s.d., p. [4]); considerado o mais básico conceito de cuidar, numa atitude que privilegia a vida, preservando e garantindo a melhor qualidade de vida até à morte. Esses conceitos também estão inscritos na legislação nacional (Lei nº 52/2012, p. 5120), que salienta o carácter multi e interdisciplinar da prestação de cuidados paliativos e o dever de atendimento ao doente de forma rigorosa e humana, respeitando a sua autonomia, vontade, individualidade e dignidade enquanto pessoa, assim como a inviolabilidade da sua vida.

Enquanto filosofia, esses cuidados privilegiam a pessoa doente e encaram a morte como mais uma etapa da vida, aceitando-a quando se esgotam os tratamentos que o conhecimento científico e a ética profissional permitem. Porém, não se deve negligenciar a atenção aos cuidadores, formais e informais, procurando que a perda e o luto sejam acompanhados e assimilados por todos (Sapeta, 2011, pp. 74-5). Para que os cuidados paliativos resultem num processo satisfatório e tranquilo, é imprescindível

que se estabeleça com todos os intervenientes e, em particular, com o doente, uma comunicação clara, verdadeira e sem evasivas, de modo a que cada elemento possa reajustar a sua vida à nova realidade.

A dor e sofrimento humanos são apenas a parte visível dum medo mais profundo e reprimido, evitado a todo o custo pela criança interior de cada um, por medo do confronto com o desconhecido. Sucede que esse medo se manifesta muitas vezes por intermédio de linguagem simbólica, o que exige dos cuidadores uma atenção redobrada para que o identifiquem e compreendam. Porque o doente tem, na maioria das vezes, consciência da sua morte mas necessita de apoio e conforto nos seus últimos momentos de vida, de modo a ultrapassar os seus conflitos internos (Kübler-Ross, 1994, p. 7).

A humanidade procurou sempre entender o homem como um sistema de relações, consigo mesmo, com os outros, com o meio que o circunda e com o tempo (Oliveira, 2011, p. 56), desde o instante em que recebe o sopro da vida até ao seu último suspiro. Reflectindo sobre o envelhecimento, a morte e o modo como se deve encarar a vida, algumas filosofias ganharam destaque por defenderem a busca da felicidade e a desdramatização da morte como condições essenciais para a fruição plena da vida. Uns já advogaram que não se deveria ter pretensões de tornar a vida infinita mas sim envelhecer-se sem medo do que o futuro reserva, pois, chegando à velhice, rejuvenescer-se-á com as recordações do passado (*e.g.*, Epicuro, s.d./2002, p. 21). Outros, por desaprovarem o prolongamento da vida a qualquer preço, privilegiam a vida prazerosa do presente, procurando perpetuar a memória de si no outro (*e.g.*, Montaigne citado por Vaz, 2011, pp. 92-3).

Todavia, a aceitação da própria morte ou a do outro nunca foi pacífica. Menos ainda se acompanhada por sofrimento e dor. Sempre houve preocupação em lhe atribuir um sentido que negasse um presumível fracasso ditado no primeiro choro, ao invés de a considerar como uma fase natural do percurso de vida. Essa atitude levou, quase sempre, a que se envidassem todos os meios para adiar o fim. Mas isso apenas provoca sentimentos de vergonha e de derrota, logo que se percebe a ineficácia dos tratamentos. O medo da morte e a sua negação são responsáveis pela perpetuação de uma exacerbação do sucesso e da boa condição física, que influencia de maneira perniciosa os cuidados em fim de vida. Isto leva, demasiadas vezes, à adopção de procedimentos terapêuticos desproporcionados e fúteis para o estado de saúde do doente, porque daí não se colhe qualquer benefício para a qualidade de vida do doente, causando sofrimento acrescido (*cf.* Benito, Barbero & Payás, s.d., p. 17; Sapeta, 2011, p. 20).

Apesar do processo de envelhecimento não ser marcado apenas por aspectos negativos, pois pode ser uma oportunidade de crescimento e compreensão de que a vida é finita e que, por isso, deve ser vivida completamente (*cf.* Schwartz citado por Albom, 2012, pp. 142-3), essa não é a atitude normalmente adoptada. A perda sucessiva de expectativas em relação ao futuro, alimentadas ao longo da vida, pode manifestar-se

de diversas maneiras: ansiedade, pela incerteza que se avizinha; revolta, por ter de abdicar dos seus projectos de vida; e, depressão, quando se sente incapacidade para ultrapassar as dificuldades resultantes de um estado de saúde irreversível. Porém, estes comportamentos, apesar de merecerem a compaixão dos cuidadores, não podem ser reforçados de modo algum, nem com condescendência nem com menosprezo. Deve-se, em contrapartida, auxiliar o doente em fim de vida no seu percurso rumo à transcendência. Para que tal ocorra, o cuidado e o acompanhamento prestados têm de assentar no respeito, humildade e abertura (cf. Benito *et al.*, s.d., p. 21; Sapeta, 2011, pp. 80-1). Procedimento que se deve estender a familiares, amigos e vizinhos, que constituem o capital familiar do indivíduo e que o apoiam nesse processo de recriação, a partir da consciência de que a morte, tal como a vida, não é mais do que uma transformação (cf. Py, 2004, pp. 18-19). Ainda neste contexto, deve-se ainda proporcionar ao doente terminal a execução das denominadas tarefas de desenvolvimento em fim de vida, que espelham a necessidade do amor, do perdão e do reconhecimento entre pessoas na despedida de uma vida partilhada: 1) gosto muito de ti; 2) perdoa-me; 3) perdoo-te; 4) agradeço o bem que me fizeste e 5) adeus. Porque a morte é uma despedida que não deve ser nem solitária nem traumatizante, quer para quem parte quer para os que ficam.

Todas as situações enunciadas carecem de uma assistência ao doente e aos seus familiares e amigos que contemple: a) avaliação das necessidades físicas, psicológicas, sociais e espirituais, que deve ser realizada periodicamente, desde o início do processo; b) definição do plano de intervenção, que deve ser personalizado e ficar na posse do doente ou dos seus cuidadores, onde estejam enunciados quais os objectivos terapêuticos e o plano de execução dos mesmos; c) cuidados directos, activos, globais e integrados, de modo a prevenir, nomeadamente, a claudicação dos cuidadores ou a exposição a situações de *stress* que possam conduzir ao *burnout*, para o que devem ser proporcionados formação e apoio continuado de acordo com o plano de intervenção delineado; d) informação e formação que promovam o cuidado, a adaptação emocional e a prevenção do luto patológico, que poderão ser disponibilizadas sob a forma de instruções ou planos terapêuticos escritos (cf. APCP, 2006, pp. 3-8).

Para a elaboração dos planos de intervenção é útil o registo dos dados biomédicos e psicossociais do doente e da sua família, através de um genograma ou um ecomapa (cf. Rebelo, 2007, p. 310; Lopes & Picado, 2012, pp. 146-7).

Estes instrumentos devem, assim, aproveitar a anamnese registada pelos profissionais de saúde durante a sua avaliação, associando-a à cronologia de informações relevantes acerca das relações familiares e sociais, uma vez que o passado revela muito do presente (Rebelo, 2007, p. 316). Desse modo, ficam evidentes a rede de apoio e de interdependência do doente, bem como os indivíduos que têm capacidade de mobilizar o capital familiar para suprir as necessidades do doente (Rebelo, 2007, p. 311). Sendo certo que esta tarefa pode ser complexa, nomeadamente, se

se tratar de uma família desestruturada, problemática e, conseqüentemente, hostil para com o seu elemento mais fragilizado.

As necessidades do doente terminal são diversificadas e alteram-se com o decorrer do tempo, pelo que, demandam a avaliação constante de um processo que exige dinamismo e continuidade, de modo a garantir, sempre, o espaço e o tempo necessários para que todos, tanto os doentes como os seus cuidadores, possam expressar os seus sentimentos e medos, sem constrangimento.

*

O que distingue o ser humano dos restantes seres vivos é a sua capacidade de análise dos acontecimentos, de uma maneira perspectivada, que lhe permite a emancipação do determinismo biológico. Quer se trate da história colectiva, de uma comunidade ou civilização, quer da história de vida de um único indivíduo, quanto maior a capacidade de recuo no tempo, melhor se anteverá o futuro. Por esse motivo se considera que o papel dos mais velhos é crucial para a sobrevivência das comunidades. O diálogo intergeracional, possibilita o desenvolvimento da identidade nas novas gerações, por inscrever na temporalidade os episódios familiares e comunitários que as tornam pertencentes a um colectivo (*cf.* Lopes, 2009, p. [24]; Lopes & Picado, 2012, p. 151).

Considerando o indivíduo como o resultado da associação desses eventos, à semelhança das caixas chinesas, pode afirmar-se que aquele transporta consigo todos os acontecimentos, se não da história da humanidade, pelo menos, da sua comunidade ou família. O que é determinante para o seu futuro, pois influencia a capacidade individual de antecipação e superação de desafios.

A civilização progride através do conhecimento, da descodificação de causas e seus efeitos, e da definição de estratégias que permitam ultrapassar as dificuldades. Lidar com a complexidade do envelhecimento pode traduzir-se na capacidade de resposta à especificidade de cada velho, que depende tanto do conhecimento técnico e científico como da sabedoria necessária para o seu bom uso. Importando, para tal, o reconhecimento de que não basta o domínio da técnica e que é essencial saber interpretar os sonhos de cada pessoa para que se possa realizá-los. É exactamente essa atitude que permite que organizações com menos meios concretizem projectos plenos de sentido para os mais velhos que acompanham.

A felicidade procede, principalmente, dos afectos que se fomentam a partir da relação com o outro, em especial com o outro que é diferente e mais experiente (*cf.* Dalai-Lama citado por Singh, 2001, p. 88). Mas não há verdadeira felicidade se não houver enraizamento cultural que legitime uma identidade. Para isso, é necessário que o indivíduo se consiga inscrever na temporalidade e se relacione com os seus antepassados. Portanto, ninguém melhor que os mais velhos para promover a identidade nas gerações mais jovens, pois são eles que estabelecem a ponte com o

passado e transmitem os valores familiares e civilizacionais. São precisamente esses valores que devem ser tidos em conta quando se trabalha com velhos, contrariando o medo da finitude e a associação da velhice à solidão (Pessini citado por Py, 2004, p. 39).

Sobretudo, é necessária a defesa da dupla dignidade do ser humano. Cada indivíduo é merecedor do respeito pela sua dignidade exigida, intrínseca à sua condição humana, bem como pela sua dignidade efectiva, que depende do reconhecimento da sociedade em que se insere (Gineste & Pellissier, 2007/2008, p. 16). A salvaguarda de ambas permitirá que o indivíduo se desenvolva harmoniosamente, de acordo com as regras determinadas pela sociedade mas, ao mesmo tempo, como um ser único e insubstituível (Frankl, 1946/2012, pp. 146-7). É no contexto da interacção com o outro que os velhos podem ser reconhecidos como seres semelhantes, mediante a partilha de olhares, toques e palavras que permite a ligação emocional (Gineste & Pellissier, 2007/2008, p. 326), em absoluto respeito pelos direitos humanos da pessoa doente, pela protecção da sua vida, bem como pela manutenção da sua autonomia e liberdade individual. Objectivos que pressupõem a aquisição, por parte dos cuidadores, de competências que lhes possibilitem a prestação de cuidados a pessoas vulneráveis sem as expor ao perigo da exclusão social. Se nenhuma característica, por si só ou combinada, é suficiente para definir o ser humano, também é verdade que a perda de funcionalidades não pode determinar a sua desvalorização (Gineste & Pellissier, 2007/2008, p. 39).

Cuidar de pessoas mais velhas implica o conhecimento holístico do processo de envelhecimento e o envolvimento de toda a comunidade, que tem de ser instigada a prestar os cuidados necessários. Isso implica formação específica e contínua, que ajude a definir os sentidos de vida dos mais velhos e os dos seus cuidadores, formais ou informais.

No que respeita às instituições de prestação de serviços à população envelhecida, o seu modelo deve partir do conceito de que cada um dos seus elementos é um colaborador, isto é, alguém que dirige com, que partilha as tomadas de decisão da liderança, ao invés de ser considerado apenas um instrumento para a concretização de objectivos. À luz desta filosofia de gestão de recursos humanos, o trabalho deixa de ser a mera execução da vontade emanada pelos superiores hierárquicos, para integrar o poder decisório em todos os níveis. Aplicando, assim, literalmente, o significado de recurso humano e, acima de tudo, dissociando o trabalho do conceito de castigo. Deste modo cada colaborador envolver-se-á intensamente na cultura organizacional, perseguindo os seus objectivos com empenho e participando responsabilmente na sua operacionalidade, com liberdade e criatividade (*cf.* Lopes, 2012, p. 3).

Assim, contrapõem-se as empresas vivas ou aprendentes, que apostam nas competências individuais de cada colaborador e na partilha da liderança, com vista ao desenvolvimento próspero da organização (De Geus citado por Lopes, 2009, p. [2]), às empresas tradicionais, assentes na persecução do lucro. As primeiras, para além de

possibilitarem o desenvolvimento pessoal dos seus colaboradores, que vêm reconhecidas a sua potencialidade, também conseguem inserir uma dimensão social no seu projecto organizacional, o que diminui o risco de exclusão social nas comunidades onde estão implantadas (*cf.* Lopes, 2009, pp. [2-4]).

Esse entendimento de que cada pessoa é um repositório de conhecimentos particulares, que deve ser aproveitado (*cf.* Lopes, 2009, p. [11]), abrange quer os colaboradores quer os próprios usufruidores de serviços de cuidados. Evitando, dessa maneira, a morte social de uns e dos outros.

Como já foi afirmado anteriormente, é imprescindível conhecer com pormenor o passado dos mais velhos, bem como a sua rede de apoio. Reunido o máximo de informações, é possível idealizar intervenções que incorporem, simultaneamente, as experiências do passado e as expectativas de futuro, ou seja, que correspondam tanto às suas necessidades básicas como aos seus anseios e perspectivas de vida. O que não pode acontecer é efectuar-se esse registo e, simplesmente, arquivar essa documentação, como se se tratasse de um puro formalismo de admissão nas instituições.

Qualquer que seja a situação do indivíduo, é sabido que quanto maior o seu envolvimento no processo terapêutico mais eficaz serão as intervenções, por isso é fundamental a sua participação activa, pois ninguém melhor do que o próprio saberá o que lhe dá sentido à vida (*cf.* Frankl, 1946/2012, p. 111; Lopes, 2009, p. [13]), mesmo que a sua funcionalidade mental esteja diminuída. Neste último caso, a adaptação dos programas de intervenção constituirá um constante exercício de observação. Um processo complexo mas não impossível.

O não envolvimento das pessoas mais velhas em todo o processo resulta na sua falta de empenho em ultrapassar os seus problemas. Daí a obrigatoriedade de as incluir na tomada de decisões, comprometendo-as, dentro do possível, com a procura de soluções que promovam o seu desenvolvimento pessoal, através de actividades que as realizem e dêem sentido às suas vidas (*cf.* Frankl, 1946/2012, p. 111).

O acompanhamento dos mais velhos deve ser feito de tal maneira que cada indivíduo seja capaz de elaborar, de acordo com as suas potencialidades, um projecto de vida que o torne útil e reconhecido socialmente, na acepção da definição de pessoa como recurso (*cf.* Meignant citado por Lopes, 2012, p. 22).

Para que isso seja realizável, é importante que o velho reconstitua a imagem de si mesmo, isto é, que tenha consciência do manancial de conhecimento que ainda detém e que lhe confere competências para participar activamente na sociedade. Este processo de auto-reconhecimento permitir-lhe-á libertar-se progressivamente do estigma social e delinear o seu projecto de vida (*cf.* Lopes, 2009, p. [11]). O reconhecimento social dos mais velhos pode ser alcançado mediante: a sua autonomia, que não pode deixar de existir, mesmo em situações de dependência; a cooperação com os restantes elementos da sociedade, que pressupõe o

estabelecimento e ou a manutenção de relações intergeracionais; e, o controlo das situações com que se deparam. A capacidade de atingir esses objectivos depende do tipo de relações que cada um estabelece com o meio envolvente, com o outro e consigo mesmo, ou seja, da estimulação dos domínios da inteligência, da afectividade e da emoção (cf. Lopes, 2009, p. [22]).

Assim, os planos de acção personalizados assumem ou um carácter preventivo, para potenciais situações desestabilizadoras, que devem ser identificadas atempadamente; ou um pendor remediador, quando se detecta algum desequilíbrio psicológico, resultante de factores perturbadores.

De tudo o que se mencionou, emerge uma questão essencial para a intervenção social, relativamente à população mais velha. As lideranças políticas e as direcções das instituições devem ter sensibilidade e, sobretudo, preparação adequada que lhes permita enquadrar os organismos e as entidades que dirigem na rede institucional e civil existente nos diversos territórios de actuação, de modo a coordenar os recursos existentes, incluindo o voluntariado (cf. Lopes, 2009, p. [34]). No entanto, para que isso se efective, é fundamental a mobilização e a formação de toda a sociedade, da família ao estado, das organizações públicas às privadas. Desse modo, é possível desenvolver uma cultura de responsabilidade assente na noção de pessoa como recurso, detentora de competências específicas que é necessário identificar, desenvolver e pôr ao serviço da comunidade. Isso permite que cada indivíduo mantenha um estatuto socialmente relevante. Mas, para que isso aconteça, é necessário que as lideranças dessas entidades promovam o esquema circular de organização do trabalho (cf. Lopes, 2012). Esse modelo difere da concepção tradicional, piramidal, por considerar que todos os colaboradores devem participar na definição do modo como os valores e objectivos institucionais são postos em prática. De tal maneira que a direcção, concepção e execução têm um estatuto equivalente. O que possibilita a decisão unificadora do líder. A própria origem latina da palavra decisão sugere o propósito de não interferência e de respeito pela opinião de todos os colaboradores.

*

Até aqui apenas foram assinalados alguns aspectos biológicos, psicológicos, sociais e espirituais do envelhecimento da população, em particular dos indivíduos que padecem de doenças passíveis de cuidados paliativos, nas quais se podem inscrever as que provocam demência. Também se indicaram alguns condicionantes, organizacionais e humanos, que podem interferir na qualidade das entidades prestadoras de cuidados à população mais velha em geral e com demência, em particular. Porém, uma avaliação da qualidade dos cuidados ficaria incompleta se não se atendesse aos atributos dos espaços arquitectónicos utilizados para esse fim. Porque o ambiente pode afectar o comportamento das pessoas com demência e, conseqüentemente, o dos próprios cuidadores (Day, Carreon & Stump, 2000, p. 413).

A arquitectura, por si só, não é mais do que formas, materiais, texturas, luminosidade, sombra, cores, sonoridade, reverberação, odores, densidade do ar e temperatura. Somente a capacidade para agregar todas essas características, através dos sentidos, é que torna possível a percepção e a experiência dos ambientes (Ando citado por Auping, 2003, pp. 21, 25-6, 31; Zumthor, 1998/1999, p. 57), traduzindo em emoções as atmosferas emanadas por esses espaços arquitectónicos (Zumthor, 2003/2006, p. 13). Aquela multiplicidade de estímulos que despertam os sentidos, de um modo imediato e inconsciente, pode suscitar êxtase, satisfação, confiança ou conforto, por um lado; assim como desagrado, opressão ou repulsa, por outro. (Zumthor, 2003/2006, p. 17). A percepção dos espaços pode, ainda, ser influenciada pelas suas relações, emotivas e racionais, com ambientes análogos já vivenciados (Zumthor, 1998/1999, p. 57). Mas só os que possuem um poder sedutor e um carácter cénico singulares é que são capazes de atrair a atenção e de induzir o indivíduo à sua descoberta (Zumthor, 2003/2006, pp. 43-5), bem como à de si mesmos e dos outros (Ando citado por Auping, 2003, p. 15).

Portanto, dada a sua influência no comportamento humano, os elementos arquitectónicos devem ser escolhidos criteriosamente. Por exemplo, a superfície dos materiais, bem como a sua estrutura de suporte, transmitem e ampliam sons que podem remeter a memórias longínquas (Zumthor, 2003/2006, p. 31); e a temperatura ambiente, que depende igualmente dos materiais, também pode influenciar as pessoas psicologicamente (Zumthor, 2003/2006, p. 35), embora de maneiras diferentes.

Assim, parece consensual que os factores biológicos e as características físicas e sociais dos ambientes podem interferir na qualidade de vida do ser humano, condicionando o seu comportamento, a sua saúde e o seu bem-estar. Tendo em conta as especificidades decorrentes de outros determinantes que influenciam, directa ou indirectamente, o risco para a saúde e o uso dos recursos existentes, tais como a idade, o género ou as condições socioeconómicas, por exemplo. As capacidades e o comportamento de cada indivíduo, em cada instante, podem ser consideradas, assim, como o resultado da conjugação das suas competências, da complexidade do ambiente que ocupam e da sua adaptação a esse meio. Numa interacção em que a competência individual e a pressão do ambiente têm um papel relevante na definição da adaptabilidade dos seus utilizadores (*cf.* Satariano, 2006, pp. 41, 43).

Tendo em conta a heterogeneidade do processo de envelhecimento, esse modelo ecológico permite analisar diferentes níveis de inter-relação entre a competência do indivíduo e a qualidade dos atributos ambientais. Distinguindo os efeitos positivos do ambiente, que admitem a adaptação, dos efeitos toleráveis e negativos, que geram comportamentos adaptativos marginais e desajustados. Os efeitos positivos dessa relação mútua são alcançados quando ora existe uma elevada pressão e estimulação, que se adequa, ainda assim, às competências individuais; ora a pressão é diminuta ou suficiente para permitir uma utilização confortável do meio. No entanto, se a pressão ambiental aumentar demasiado, de tal modo que as competências já não se ajustam satisfatoriamente, ou se, pelo contrário, aquela diminui tanto que deixa de estimular a

acção, sucede que o indivíduo começa a demonstrar incapacidade ou desinteresse, respectivamente (cf. Lawton & Nahemow citados por Satariano, 2006, pp. 43-5).

Dada a sua legibilidade, o modelo descrito é utilizado como referência para diversos estudos que procuram aferir os efeitos do ambiente nos mais velhos (cf. Zeisel, Hyde & Levkoff, 1994, p. 4). Com os instrumentos de avaliação resultantes, consegue-se identificar as deficiências ambientais que condicionam o comportamento daquela população; bem como, propor medidas correctivas, de maneira a que se proporcione uma melhor fruição dos espaços arquitectónicos, exteriores ou interiores.

Se a influência do meio ambiente tende a ser universal, o direito a desfrutar de espaços arquitectónicos de qualidade também o deveria ser. Assim, a adaptabilidade tem de ser tal que permita o usufruto dos espaços a tantas pessoas quanto possível, de modo independente, em qualquer idade e quaisquer que sejam as suas dificuldades físicas ou cognitivas (Heiss, Degenhart & Ebe, 2009/2010, pp. 9-10).

Tendo em conta que a disfuncionalidade só se torna preocupante se o meio ambiente não conseguir compensar as dificuldades inerentes à condição do indivíduo, deve diminuir-se as limitações, tanto quanto possível, de modo a que estas não tomem proporções sociais, impossibilitando a plena integração dos cidadãos na sociedade (cf. Heiss *et al.*, 2009/2010, p. 9; Utton, 2009, p. 380).

O reconhecimento de que a incapacidade não deriva apenas de alterações ou anomalias nas estruturas ou funções do corpo, incluindo as mentais, isto é, de que a dimensão biológica é insuficiente para avaliar as capacidades individuais de cada pessoa, levou ao desenvolvimento de uma definição que interpreta as relações entre as características biológicas e psicológicas de cada ser humano e o seu contexto social e ambiental. Logo, a combinação destes factores é que determina se o indivíduo está em condições de executar tarefas ou acções concretas, e de participar activamente na sociedade. O estudo destas diferentes dimensões, pela OMS, culminou na redacção da CIF, que abrange, no seu conceito de saúde, os diferentes modos de vida, a funcionalidade humana e o bem-estar e a qualidade de vida (cf. SNRIPD, 2006, pp. 15-8).

Assim, funcionalidade e incapacidade classificam-se de acordo com uma análise global do indivíduo, que abrange três componentes principais: 1) as funções psicológicas e fisiológicas dos sistemas orgânicos, como as estruturas do corpo, nas suas diversas partes anatómicas; 2) a execução de actividades; e, 3) a sua integração na sociedade. Daqui poderá decorrer a identificação de, respectivamente: a) deficiências, quando se detectam problemas nas funções ou estruturas do corpo; b) limitações da actividade, se se revelarem dificuldades na realização de tarefas; e, c) restrições à participação, que impossibilitam o envolvimento em situações da vida do indivíduo. Tendo em conta que tanto a capacidade de execução de actividades como a de participação social estão dependentes não só das capacidades físicas e biológicas de cada pessoa mas também do ambiente físico, social e atitudinal que a envolve (cf. SNRIPD, 2006, pp. 17-8).

De entre as disfunções fisiológicas e mentais destacam-se as que se relacionam com a motricidade – limitando os movimentos a destreza ou a coordenação motora –, os sentidos – visão, audição, olfacto ou paladar – e a cognição – que prejudicam a aprendizagem, a linguagem e o funcionamento normal da mente. A sua origem pode derivar de causas hereditárias, assim como de doenças, de lesões físicas ou do normal processo de envelhecimento; sendo comum a ocorrência de várias disfunções em simultâneo (cf. Heiss *et al.*, 2009/2010, p. 9).

Não obstante as contradições cíclicas, qualquer civilização tende a cuidar dos seus membros mais necessitados. Daí que, é natural a evolução de mentalidades no sentido de promover a protecção dos doentes, dos mais velhos e daqueles que, temporariamente, não são capazes de cuidar de si próprios (cf. Heiss *et al.*, 2009/2010, p. 10). Apesar da industrialização das sociedades ter acentuado o processo de segregação da população, conforme a sua capacidade produtiva – promovendo a institucionalização dos mais fracos, doentes e incapacitados –, aquela tendência manteve-se até aos dias de hoje, ainda que, demasiadas vezes, os condicionalismos laborais não possibilitem que as famílias prestem assistência a tempo inteiro aos seus membros mais vulneráveis (cf. Heiss *et al.*, 2009/2010, p. 13).

Desde há cerca de uma centena de anos, surgiram novas respostas sociais que implicaram a adaptação do meio ambiente, de modo a esbater o maior número de dificuldades e restrições sentidas por essa população tão diversificada (Hugues citado por Heiss *et al.*, 2009/2010, p. 14). Na primeira metade do século XX registou-se um aumento brusco de deficientes físicos, devido aos dois grandes conflitos mundiais, o que determinou o desenho de residências que possibilitassem a deslocação livre dos feridos de guerra (Heiss *et al.*, 2009/2010, p. 15). No entanto, estas e outras medidas destacavam, tão só, os aspectos funcional e estrutural do corpo. Apenas a partir dos anos setenta, mais concretamente, em meados dos anos oitenta, é que se amplia a questão a toda a sociedade e ao meio ambiente em que esses cidadãos se inserem, que se pretendiam, então, sem barreiras (Heiss *et al.*, 2009/2010, pp. 15, 16; SNRIPD, 2006, pp. 14-5). Em sequência dessa preocupação, outras terminologias e políticas se seguiram, na tentativa de, para além da melhoria das acessibilidades, se promover a autodeterminação e a igualdade de direitos de toda a população (Herwig citado por Heiss *et al.*, 2009/2010, p. 16), cuja implementação vem sensibilizando a opinião pública para estas questões (cf. Heiss *et al.*, 2009/2010, p. 16; SNRIPD, 2006, p. 56).

O expectável aumento do número de casos de demência, consequência da evolução demográfica desde meados do século XX, torna cada vez mais necessário o cuidado no planeamento e concepção de espaços específicos para pessoas com essa síndrome (Hadjri, Faith & McManus, 2012, p. 323); dado que o ambiente físico tanto pode servir de auxílio, permitindo a sua independência, como dificultar a sua interacção social, tornando-as dependentes de cuidadores (Davis, Byers, Nay & Koch, 2009, p. 198). Investigações recentes dão conta disso mesmo, apesar de, até há muito pouco tempo,

ter existido controvérsia a respeito das repercussões das intervenções ambientais sobre pessoas com declínio cognitivo (cf. Cohen-Mansfield & Werner, 1998, p. 206).

Os princípios que norteiam o planeamento de espaços arquitectónicos para pessoas com demência visa: 1) compensar a perda de funcionalidade; 2) maximizar a independência; 3) promover a auto-estima e a autoconfiança; 4) atender às necessidades dos cuidadores; 5) orientar e clarificar; 6) reforçar a identidade pessoal; 7) promover o convívio com familiares e amigos e a comunidade envolvente; e, 8) o controlo dos diversos estímulos (cf. Marshall citado por Utton, 2009, p. 381).

Acima de tudo, deve perceber-se que qualquer alteração para melhorar as condições de vida de pessoas com demência também pode beneficiar as restantes (DSDC, 2013, p. 7), pois os requisitos para o desenho adaptado são, afinal, apenas a ampliação das necessidades ditas normais (Torrington & Tregenza, 2007, p. 94), apesar de alguma investigação parecer contradizer essa afirmação (e.g., Day *et al.*, 2000, pp. 412-3). Sobretudo, parece que esses requisitos não são, ainda, compreendidos por grande parte da população, que não está familiarizada com as diversas doenças do cérebro, preferindo o alheamento ao contacto directo. Daí que, ou esses espaços não são ocupados pela generalidade das pessoas, devido ao estigma que carregam, ou apenas o são quando está garantida a impossibilidade de convívio com pessoas com demência (e.g., Büter, 2013, p. 29).

As soluções arquitectónicas orientadas para a demência devem atender à diversidade de atributos ambientais, com os quais é possível melhorar a qualidade de vida das pessoas com demência (Zeisel *et al.*, 1994, p. 20), tais como: a iluminação, as cores, os padrões, os contrastes figura-fundo, a sinalética, a acústica, a temperatura, a distribuição do mobiliário e a memorabilia (cf. Campo & Chaudhury, 2012, p. 420; Jones & van der Eerden, 2008, p. 32; Marquardt, Büter & Motzek, 2014, pp. 50, 137; Torrington & Tregenza, 2007, p. 91). De tal maneira que se destaquem os elementos mais relevantes para os utentes (cf. Verhaest, 2014, p. 21), ao mesmo tempo que se facilita a sua orientação espacial (DSDC, 2013, p. 7).

A escolha dos materiais e texturas também têm de ser escolhidos criteriosamente, dado que a demência pode interferir na percepção sensorial, provocando confusão nos utentes (cf. Torrington & Tregenza, 2007, p. 91).

Desse modo, qualquer intervenção que se faça deve pautar-se pela clareza e simplicidade, isto é, o ambiente resultante tem de ser facilmente percebido pela pessoa com demência (DSDC, 2013, p. 7) e não deve conter demasiados estímulos (Fleming & Bennett, 2014, p. 12). Tendo em consideração que cada pessoa tem gostos e preferências particulares, e que planear um ambiente para um cliente específico é bastante diferente do que conceber espaços que serão usufruídos por vários indivíduos.

Um projecto de qualidade tem a capacidade de melhorar tanto a funcionalidade do corpo e da mente dos utentes com demência, como de proporcionar a sua interacção

social e a realização de actividades com sentido para cada um deles. O que, certamente, constituirá um efeito terapêutico, por si só (*cf.* Crews, 2005, p. 107).

Apesar do interesse crescente nesta matéria, muitas vezes os resultados de diversos estudos parecem contradizer-se entre si. Isso é devido, essencialmente, às metodologias e instrumentos de investigação utilizados em cada um deles, que não são compatíveis uns com os outros, dificultando a sua comparação. Ainda assim, é possível afirmar que existe forte evidência que atesta o impacto do ambiente arquitectónico no bem-estar psicológico, social e emocional das pessoas com demência. Benefícios que se estendem, provavelmente, à sua saúde física (*cf.* Calkins, 2009, p. 152; Day *et al.*, 2000, p. 412). Concluindo-se que, o ambiente também pode influenciar, positiva ou negativamente, os serviços prestados nas instituições vocacionadas para o tratamento de casos de demência, condicionando quer o comportamento dos utentes quer os resultados das intervenções programadas (*cf.* Campo & Chaudhury, 2012, pp. 420-1; Day *et al.*, 2000, p. 413; Marquardt *et al.*, 2014, p. 138).

Mas as necessidades das pessoas com demência variam conforme a fase de demência em questão, os problemas comportamentais associados e os efeitos do envelhecimento na sua saúde (van Hoof, Kort, Hensen, Duijnste & Rutten, 2010, p. 1252). Por conseguinte, o ambiente arquitectónico, por si só, não é o bastante para garantir o seu bem-estar. Mas, curiosamente, é possível afirmar que, se a entidade prestadora de cuidados tiver uma gestão bastante hierarquizada, assente na protecção excessiva aos seus utentes, não retira qualquer proveito de um ambiente bem estruturado e adaptado para pessoas com demência. Inversamente, uma liderança envolvida, que permite intervenções criativas baseadas na colaboração entre todos os intervenientes, formais e informais, consegue compensar, satisfatoriamente, as deficiências dos espaços (Davis *et al.*, 2009, p. 198; Wijk, 2004, p. 171).

De tudo o que se referiu, pode inferir-se que, para uma intervenção ser bem sucedida é fundamental que haja uma colaboração multidisciplinar no delineamento do programa de projecto, bem como no seu desenvolvimento. E são as equipas que convivem directamente com pessoas com demência que estão melhor habilitadas para identificar os constrangimentos que determinados ambientes provocam (*cf.* Wijk, 2004, p. 171).

Percebendo como se inter-relacionam as competências particulares de cada indivíduo e as características ambientais, passíveis de condicionar o seu comportamento, é possível aferir a qualidade dos espaços arquitectónicos, nomeadamente, no que respeita ao controlo de saídas, aos percursos de deambulação, aos espaços individuais de recolhimento, às áreas de actividades em grupo, à liberdade de movimentos no exterior, à familiaridade dos espaços, ao respeito pela autonomia e à adequada estimulação sensorial (Zeisel *et al.*, 1994, p. 8).

O conhecimento dos efeitos terapêuticos de cada atributo ambiental é essencial quer para a prestação de cuidados formais e informais, quer para os promotores e

projectistas, de maneira a se poder tirar partido das suas potencialidades, melhorando o bem-estar e a qualidade de vida de quem usufrui os espaços arquitectónicos (cf. Zeisel *et al.*, 1994, pp. 9, 20; Cohen-Mansfield & Werner, 1998, p. 207). Isso implica saber, por exemplo, que as combinações cromáticas, os padrões, a iluminação, a dimensão dos espaços ou a identificação de cada área funcional das instalações, relacionados entre si, influenciam os comportamentos de todos os envolvidos, doentes e cuidadores (cf. Zeisel *et al.*, 1994, pp. 6, 7).

A intervenção arquitectónica não implica, apenas, o planeamento e a construção ou remodelação de edifícios. Também obriga a um exercício de previsão dos diferentes modos de ocupação dos espaços, para que se permita uma ampla diversidade de usos, evitando a disfuncionalidade dos espaços ao longo do tempo. Para isso acontecer, deve-se ter em mente as normais alterações de competência dos indivíduos com demência, para que se detectem, atempadamente, eventuais pressões ambientais (cf. Zeisel *et al.*, 1994, pp. 5-6), que possam condicionar, de maneira nefasta, o seu comportamento. Por vezes, este não corresponde, propriamente, a uma característica da demência, como a deambulação, por exemplo, mas a uma reacção adversa ao ambiente circundante, que se pode manifestar através de uma circulação agitada. Os comportamentos podem ser muito semelhantes mas as suas causas são bem diferentes e apenas detectáveis pelos cuidadores. Outro exemplo ilustrativo, de possível causa de ansiedade, é o facto de alguns ambientes acentuarem a sensação de enclausuramento (cf. Zeisel *et al.*, 1994, p. 9).

O que distingue a qualidade das instalações não será, somente, a transposição fiel dos regulamentos oficiais existentes mas sim a adequação efectiva dos atributos arquitectónicos à funcionalidade dos seus usufruidores (cf. Zeisel *et al.*, 1994, p. 6).

Alguma evidência sugere que, ao se proporcionarem ambientes familiares, em particular nos espaços mais íntimos, se beneficia a condição de saúde das pessoas com demência, ao mesmo tempo que se atenuam os comportamentos desadequados (cf. Charras *et al.*, 2010, p. 134). Provavelmente, porque é uma forma de estabelecer a ligação com a história de vida pessoal, que ainda se recorda e pode ser partilhada com os outros (cf. Zeisel *et al.*, 1994, p. 13).

O conhecimento dos efeitos terapêuticos de cada atributo ambiental é essencial para que se tire partido das suas potencialidades, melhorando a qualidade de vida de quem usufrui os espaços arquitectónicos (cf. Zeisel *et al.*, 1994, p. 20). Pelo que, de seguida, indicar-se-ão alguns atributos ambientais a ter em conta.

O processo de envelhecimento normal, já por si, afecta negativamente a visão, que se manifesta na maior dificuldade de adaptação a mudanças de intensidade luminosa, no aumento da sensibilidade por encandeamento, na redução da acuidade visual, na diminuição do campo de visão e da percepção de profundidade, na redução da sensibilidade aos contrastes e na dificuldade em distinguir as cores (cf. Brawley citado por van Hoof, Kort, Hensen *et al.*, 2010, p. 1249). Se a isso se adicionar a degeneração

progressiva do cérebro, característica das doenças associadas a este órgão, fica claro que todos aqueles aspectos se agravam, conforme a fase da demência (cf. van Hoof, Kort, Hensen *et al.*, 2010, p. 1252; Wijk, 2004, p. 170). Assim, qualquer intervenção arquitectónica deve basear-se no conhecimento científico sobre a percepção sensorial das pessoas com essa síndrome (cf. Wijk, 2004, p. 171).

Sempre que possível deve privilegiar-se o aproveitamento da luz natural. Esta recomendação é universal, pois, quer tenham demência quer não, os mais velhos necessitam de níveis de iluminação mais elevados do que o normal, para que possam perceber o ambiente ou os objectos que os rodeiam (cf. DSDC, 2013, pp. 7, 18, 24). O que afectará, igualmente, a identificação de cores e contrastes, bem como outras características físicas.

Relativamente às cores, se estas podem afectar o bem-estar psicológico da população em geral, maior atenção deve ser dada às pessoas com demência. Respeitando, sempre que possível, as preferências individuais de quem vai usufruir dos ambientes, pois aquelas mantêm-se sensivelmente as mesmas ao longo da vida (cf. Greasley-Adams, Bowes, Dawson & McCabe, [2014], p. 7; Wijk, 2004, p. 172). A cor tanto pode ser usada para atrair a atenção como para orientar ou camuflar objectos, zonas e percursos (cf. Fleming & Bennett, 2014, p. 11; Wijk, 2004, pp. 171-2).

No entanto, o contraste entre as cores assume maior relevância do que a cor em si, porque sem aquele não seria possível reconhecer diferentes objectos no espaço (DSDC, 2013, p. 7). O cuidado com o contraste entre cores tem de ser tido em conta, tanto se trate do ambiente de uma determinada zona usufruída por pessoas com demência, ou dos objectos e utensílios utilizados por estas no seu dia-a-dia. De tal maneira que se facilitem a percepção global do ambiente e a distinção dos objectos que nele se distribuem (cf. Gould, Tilly & Reed, 2009, p. 32, Wijk, 2004, p. 171). Se as cores, apesar de diferentes, tiverem luminosidades semelhantes podem mesclar-se, dificultando a sua distinção (Wijk, 2004, p. 171). Por essa razão se utilizam cores com a mesma luminosidade para camuflar algumas áreas que se queiram manter fora do alcance de pessoas com demência, como os acessos que se pretendem reservados ao pessoal.

A recomendação anterior deve ser complementada por outra, derivada do facto de que o processo de envelhecimento natural e a demência podem causar um declínio da visão acentuado. Assim, para evitar algum constrangimento, quando se quiser atrair a atenção, por exemplo, para a sinalética, deve privilegiar-se o azul, o vermelho, o verde, o amarelo, o preto e o branco, em detrimento de combinações cromáticas, tais como a cor turquesa, rosa, laranja ou púrpura, bem como cores muito escuras ou claras (Wijk, 2004, pp. 170-2).

Ainda no que diz respeito à sinalização de percursos ou de zonas, é importante que a informação pictográfica nela contida seja facilmente identificada. Porque, mesmo que uma pessoa com demência se desorienta no espaço, pode sempre apoiar-

se nas indicações dos sinais, desde que entenda o seu significado (Greasley-Adams *et al.*, [2014], p. 7; Wijk, 2004, p. 172).

No caso particular dos pavimentos, que se desenvolverá mais adiante, deve ter-se bastante atenção aos grandes contrastes entre transições de materiais, no sentido de se evitar a confusão e as quedas (DSDC, 2013, p. 7).

No que respeita aos elementos de comunicação, horizontal ou vertical, estes costumam ter apenas a função prática de interligar diferentes espaços num mesmo nível ou em níveis diferentes, por isso, cingem-se ao cumprimento dos requisitos mínimos exigidos pelos regulamentos oficiais. Todavia, quando se planeiam instalações adequadas a pessoas com demência, é necessário estar ciente de que algumas delas podem passar a maior parte do dia a deambular por esses espaços. Assim, é conveniente que, por exemplo, os corredores ou os espaços de transição sejam projectados de maneira a proporcionarem uma experiência agradável durante aqueles momentos. Isso pode ser conseguido, nomeadamente, mediante a abertura de vãos, que permitam a visualização de elementos exteriores interessantes; ou através da incorporação de nichos recuados, com sofás e poltronas, que incentivem a socialização (*cf.* Campo & Chaudhury, 2012, pp. 419-20; Torrington & Tregenza, 2007, p. 89). Contudo, também devem ser previstas outras áreas, mais reservadas, onde seja permitido o isolamento (*cf.* Campo & Chaudhury, 2012, p. 420).

Os pavimentos devem ter um único tom de cor, sem quaisquer desenhos, nem brilhos. Essa tonalidade deve manter-se em todos os espaços utilizados pelas pessoas com demência. Mesmo que o tipo de pavimento se altere na transição entre espaços, o mesmo tom e a mesma luminosidade devem ser respeitadas (*cf.* DSDC, 2013, p. 19).

Os desenhos ou padrões, conforme as suas cores ou dimensões, podem provocar desconforto, desorientação, vertigem ou náusea (*cf.* Brawley citado por van Hoof, Kort, Hensen *et al.*, 2010, p. 1258; Pierce, Cahill, Grey & Dyer, 2015, p. 117); mas também, a curiosidade excessiva e comportamentos obsessivos, na ânsia de apanhar algum pequeno elemento que se destaque, quer pela sua cor quer pelo seu brilho (*cf.* DSDC, 2013, p. 19). No caso desses desenhos terem cores muito escuras ou contrastantes com o fundo, podem causar ilusões ópticas, sugerindo até desníveis no pavimento, o que dá azo a hesitações e instabilidade no andar, que passa a ser receoso, aumentando o risco de queda (*cf.* DSDC, 2013, p. 7; Perritt *et al.* citados por Calkins, 2009, pp. 150-1; AAVV citados por van Hoof, Kort, Hensen *et al.*, 2010, p. 1258). Esse é o caso, por exemplo, das bandas ou dos tapetes, se de cor mais escura do que a do pavimento; ou das mudanças de tonalidade, que podem ser percebidas como degraus, provocando a interrupção da marcha e, eventualmente, a queda. Por seu lado, também os pavimentos polidos são desaconselhados porque o brilho e os reflexos causam, igualmente, ilusões e desconforto; dado que, a título exemplificativo, podem sugerir que o chão está molhado e escorregadio, condicionando a marcha (*cf.* DSDC, 2013, p. 19).

Essas situações acontecem, porque as pessoas com demência, conforme a zona do cérebro afectada, tendem a agravar os problemas de visão e, conseqüentemente, a percepção real do ambiente; mas também porque diminuem as capacidades de raciocínio, de coordenação motora e de equilíbrio (cf. Gould *et al.*, 2009, p. 32; Tilly & Reed, 2006/2009, p. 22).

Quanto às zonas de actividade, estas devem ser diferenciadas mediante a conjugação de diversos elementos em simultâneo, para que o maior número de pessoas com demência facilmente as identifique. Assim, pode variar-se a cor conforme os ambientes, complementando com sinalética, de grandes dimensões e boa legibilidade, bem como algum outro elemento que se destaque e relacione, directamente, com a actividade que se realiza no espaço adjacente (cf. DSDC, 2013, p. 18).

Também deve ser evitada a excessiva ocupação. A ausência de elementos obstrutivos ao longo dos caminhos de circulação não obriga a pessoa com demência a efectuar raciocínios complexos, que pode já não ser capaz de realizar. Salvaguardando-se, desse modo, a sua integridade física, ao mesmo tempo que se previne a ansiedade e a confusão. Porém, esta medida não pode ser levada ao extremo, pois as zonas de permanência ou deambulação não devem ser desprovidas de estímulos. Isso originaria efeitos adversos resultantes da privação sensorial, como a desorientação e a falta de identificação com o lugar (cf. van Hoof, Kort, van Waarde & Blom, 2010, p. 212).

Ainda se pode referir que se desaconselha o pavimento têxtil espesso, porque representa uma dificuldade acrescida a quem se desloca de cadeira de rodas ou qualquer outro tipo de apoio à locomoção, como bengala ou muletas (Warner citado por van Hoof, Kort, Hensen *et al.*, 2010, p. 1258).

As indicações elencadas, respeitantes a cores, padrões e materiais, devem estender-se a pavimentos, mobiliário e paredes, ou a qualquer objecto passível de ser alcançado visual ou fisicamente.

As áreas externas podem ser tão incapacitantes quanto as interiores, necessitando de igual atenção na fase de projecto (cf. DSDC, 2013, p. 7). Assim, se existir algum espaço exterior que possa ser utilizado, este também deve ser de fácil compreensão (cf. Chalfont, 2006, p. 168), possibilitar a socialização e, eventualmente, adequar-se a exercícios de reminiscência (cf. Chalfont, 2006, pp. 274-6), designadamente, através de um jardim de cheiros ou mesmo de estatuária.

Referências bibliográficas

- AA. (2015). *Changing the trajectory of Alzheimer's disease: how a treatment by 2025 saves lives and dollars*. Washington, DC: Authors.
- Aboud FE, Tredoux C, Tropp LR, Brown CS, Niens U, Noor NM & the Una global evaluation group. (2012). Interventions to reduce prejudice and enhance inclusion and respect for ethnic differences in early childhood: a systematic review. *Developmental review*, 2012, 32 (4), 307-36. doi:10.1016/j.dr.2012.05.001.
- Aday RH, Sims CR & Evans E. (1991). Youth's attitudes toward the elderly: the impact of intergenerational partners. *Journal of applied gerontology*, 1991, 10(3), 372-84.
- Aday RH, Sims CR, McDuffie W & Evans E. (1996). Changing children's attitudes toward the elderly: the longitudinal effects of an intergenerational partners program. *Journal of research in childhood education*, 1996, 10(2), 143-51.
- AEMM. (2015). *Plano plurianual de melhoria – TEIP: 2015/2018*, formato de documento portátil. url:http://agescolasmanuelmaia.net/aemm/images/agManuel-da-Maia/docs/PPM_teip.pdf.
- Albom M. (2012). *As terças com Morrie*, Lisboa: Sinais de Fogo.
- Allport GW. (1961/1966). *Personalidade: padrões e desenvolvimento*. São Paulo, SP: Herder.
- _____ (1954/1979). *The nature of prejudice* (25th anniversary edition). Cambridge, MA: Perseus.
- APA. (2000/2002). *DSM-IV-TR: manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. Lisboa: Climepsi.
- APCP. (2006). *Organização de serviços de cuidados paliativos: critérios de qualidade para unidades de cuidados paliativos: recomendações da APCP*. s.l.: Autores.
- Auping M. (2002/2003). *Tadao Ando: conversas com Michael Auping*. Barcelona: Gustavo Gili.
- Bandeira ML. (2014). Síntese retrospectiva e questões actuais acerca do processo de envelhecimento da população de Portugal. In Bandeira ML (dir.). *Dinâmicas demográficas e envelhecimento da população portuguesa (1950-2011): evolução e perspectivas*. (pp. 403-28). Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Baumgart M, Snyder HM, Carrillo MC, Fazio S, Kim H & Johns H. (2015). Summary of the evidence on modifiable risk factors for cognitive decline and dementia: A population-based perspective. *Alzheimer's & dementia*, 2015, 11(6): 718-26. doi:10.1016/j.jalz.2015.05.016.
- Beaud J-P. (2003). A amostragem. In Gauthier B (dir.). *Investigação social: da problemática à colheita de dados* (pp. 201-32). Loures: Lusociência.
- Beelman A & Heinemann KS. (2014). Preventing prejudice and improving intergroup attitudes: a meta-analysis of child and adolescent training programs. *Journal of applied developmental psychology*, 2014, 35(1), 10-24. doi:10.1016/j.appdev.2013.11.002.
- Benito E, Barbero J & Payás A (dirs.). (s.d.). *El acompañamiento espiritual en cuidados paliativos*, s.l.: Grupo de trabajo sobre espiritualidad en cuidados paliativos de la SECPAL. url:<http://hospicemadreteresa.org.ar/esp/wp-content/uploads/2011/11/guia-espiritual-secpal.pdf>.
- Breckler SJ. (1984). Empirical validation of affect, behavior, and cognition as distinct components of attitude. *Journal of personality and social psychology*, 1984, 47(6), 1191-205. doi:10.1037//0022-3514.47.6.1191.

- Brenifier O. (s.d.). *The practice of philosophy with children*, ebook. url:<http://www.pratiques-philosophiques.fr/>.
- Bruner JS. (1960/1998). *O processo da educação*. Lisboa: Edições 70.
- _____. (1996/2000). *Cultura da educação*. Lisboa: Edições 70.
- _____. (2014). Desarrollo, cultura y educación: algunas reflexiones sobre lo que debería estudiar la psicología. *International journal of developmental and educational psychology*, 2014, 2 (1), 253-6. doi:10.17060/ijodaep.2014.n2.v1.030.
- Büter K. (2013). Ways to design holiday accommodations for people with dementia and their family caregivers. In Wells J & Pavlides E (Hrsg.). *Proceedings of the 44th annual conference of the Environmental design research association*, Providence, Rhode Island, 2013, May 29 - June 1, S. 26 - 30, online-publikation. url:<https://tu-dresden.de/bu/architektur/ressourcen/dateien/muell/ige/aidw/dateien/2013-Bueter-edra-Paper?lang=en>.
- Caldas AC. (2008). *Viagem ao cérebro e a algumas das suas competências*. Lisboa: Universidade Católica.
- Calkins MP. (2009). Evidence-based long term care design. *NeuroRehabilitation*, 2009, 25, 145-54. doi:10.3233/NRE-2009-0512.
- Campo M & Chaudhury H. (2012). Informal social interaction among residents with dementia in special care units: exploring the role of the physical and social environments. *Dementia*, 2011, 11(3), 401-23. doi:10.1177/1471301211421189.
- Chalfont GE. (2006). *Connection to nature at the building edge: towards a therapeutic architecture for dementia care environments*, doctoral thesis on philosophy. Sheffield: University of Sheffield, School of architecture.
- Carmo H. (2014). *A educação para a cidadania no século XXI: trilhos de intervenção*. Lisboa: Escolar.
- Carmo H & Ferreira MM. (2008). *Metodologia da investigação: guia para a auto-aprendizagem* (2ª ed. actual.). Lisboa: Universidade Aberta.
- Charras K, Zeisel J, Belmin J, Drunat O, Sebbagh M, Gridel G & Bahon F. (2010). Effect of personalization of private spaces in special care units on institutionalized elderly with dementia of the Alzheimer type. *Non-pharmacological therapies in dementia*, 2010, 1(2), 121-37.
- Chudler EH. (s.d.). The hows, whats and whos of neuroscience. In *Neuroscience for kids*, online: University of Washington Faculty, last consulted on 31 January 2016. url:<https://faculty.washington.edu>.
- Cohen-Mansfield J & Werner P. (1998). The effects of an enhanced environment on nursing home residents who pace. *The gerontologist*, 1998, 38(2), 199-208. doi:10.1093/geront/38.2.199.
- Coutinho CP. (2013). *Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas: teoria e prática* (2ª ed.). Coimbra: Almedina.
- Crews DE. (2005). Artificial environments and an aging population: designing for age-related functional losses. *Journal of physiological anthropology and applied human science*, 2005, 24(1): 103-9. doi:10.2114/jpa.24.103.
- Cuddy AJC & Fiske ST. (2004). Doddering but dear: process, content, and function in stereotyping of older persons. In Nelson TD (ed.). *Ageism: stereotyping and prejudice against older persons*. Cambridge, MA: MIT press.
- Damásio A. (1994/2005). *O erro de Descartes: emoção, razão e cérebro humano* (24ª ed.). Mem Martins: Europa-América.

- _____ (2003/2012). *Ao encontro de Espinosa: as emoções sociais e a neurologia do sentir* (ed. rev. e atual.). [Lisboa]: Temas e debates.
- Davis S, Byers S, Nay R & Koch S. (2009). Guiding design of dementia friendly environments in residential care settings: considering the living experiences. *Dementia*, 2009, 8(2), 185-203. doi:10.1177/1471301209103250.
- Day K, Carreon D & Stump C. (2000). The therapeutic design of environments for people with dementia: a review of the empirical research. *The gerontologist*, 2000, 40(4), 397-416. doi:10.1093/geront/40.4.397.
- Di Leo JH. (1983/1985). *A interpretação do desenho infantil*. Porto Alegre, RS: Artes médicas.
- DSDC. (2013). *Improving the design of housing to assist people with dementia*. Stirling: University of Stirling.
- Duarte JSM. (2006). *Alzheimer: cuidando com ternura*. [Madrid]: Grupo Bùho.
- Eagly AH & Chaiken S. (1993). *The psychology of attitudes*. Fort Worth, TX: Harcourt Brace Jovanovich College.
- _____ (1998). Attitude structure and function. In Gilbert DT, Fiske ST & Lindzey G (eds.). *The handbook of social psychology* (4th ed.) vol. 1. (pp. 269-322). New York, NY: McGraw-Hill.
- European association of palliative care. (s.d.). *Carta de Praga*, [online]: APCP. url:<http://www.apcp.com.pt/uploads/cartadepraga.pdf>.
- Epicuro. (s.d./2002). *Carta sobre a felicidade: (a Meneceu)*. São Paulo, SP: UNESP.
- Femia EE, Zarit SH, Blair C, Jarrott SE & Bruno K. (2008). Intergenerational preschool experiences and the young child: potencial benefits to development. *Early childhood research quarterly*, 2008, 23(2), 272-87. doi:10.1016/j.ecresq.2007.05.001.
- Fernandes AA. (2008). *Questões demográficas: demografia e sociologia da população*. Lisboa: Colibri.
- Fiske ST, Cuddy AJC, Glick P & 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*, 2002, 82(6), 878-902. doi:10.1037//0022-3514.82.6.878.
- Fleming R & Bennett K. (2014). *Key principles for improving healthcare environments for people with dementia*. Chatswood, NSW: Agency for clinical innovation, Aged health network.
- Flick U (coord.). (2009). *Desenho da pesquisa qualitativa*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Frankl VE. (1946/2012). *O homem em busca de um sentido*. Alfragide: Lua de papel.
- Furth GM. (1988/2002). *The secret world of drawings: a Jungian approach to healing through art*. Toronto, ON: Inner city.
- Galbraith B, Larkin H, Moorhouse A & Oomen T. (2015). Intergenerational programs for persons with dementia: a scoping review. *Journal of gerontological social work*, 2015, 58 (4), 357-78. doi:10.1080/01634372.2015.1008166.
- Giddens A. (1989/2000). *Sociologia* (2^a ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Gineste Y & Pellissier J. (2007/2008). *Humanidade: compreender a velhice, cuidar dos homens velhos*. Lisboa: Instituto Piaget.

- Goldfarb DC & Lopes RGC. (2011). Avosidade: a família e as gerações. In Freitas EV & Py L (eds.). *Tratado de geriatria e gerontologia* (3.^a ed. rev. actual. e aum.). (pp. 1584-92). Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan.
- Goleman D. (2014/2016a). Enfoque en nosotros mismos. In Goleman D & Senge PM. *Triple focus: un nuevo acercamiento a la educación*. (pp. 17-29). Barcelona: Ediciones B.
- _____ (2014/2016b). Sintonización con otras personas. In Goleman D & Senge PM. *Triple focus: un nuevo acercamiento a la educación*. (pp. 31-45). Barcelona: Ediciones B.
- Gould E, Tilly J & Reed P (eds.). (2009). *Dementia care practice recommendations for professionals working in a home setting*, phase 4 of the AA campaign for quality care, brochure. Chicago, IL: AA.
- Greasley-Adams C, Bowes A, Dawson A & McCabe L. [2014]. *Good practice in the design of homes and living spaces for people with dementia and sight loss*, booklet. Stirling: University of Stirling. url:<http://dementia.stir.ac.uk/design/good-practice-design-dementia-and-sight-loss>.
- Guerra IC. (2006). *Pesquisa qualitativa e análise de conteúdo: sentidos e formas de uso*. Estoril: Principia.
- Guerreiro M. (2005/2012). Diagnósticos diferenciais. In Caldas AC & Mendonça A (coords.). *A doença de Alzheimer e outras demências em Portugal* (reed.). Lisboa: Lidel.
- Gutek GL. (2003). Maria Montessori: contributions to educational psychology. In Zimmerman BJ & Schunk DH (eds.). *Educational psychology: a century of contributions* (pp. 171-86). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Hadjri K, Faith V & McManus M. (2012). Designing dementia nursing and residential care homes. *Journal of integrated care*, 2012, 20(5), 322-40. doi:10.1108/14769011211270765.
- Heiss O, Degenhart C & Ebe J. (2009/2010). *Barrier-free design: principles, planning, examples*. Munich: Detail.
- INE. (2014). Projeções de população residente 2012-2060. *Destaque*. 28 de março de 2014. url:https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaque.
- Jackson R, Howe N & Peter T. (2013). *The global aging preparedness index* (2nd ed.). New York, NY: Rowman & Littlefield.
- Jarrott SE & DeBord KB (2015). *Best practices in intergenerational programming 1-11*, FCS-34P to FCS-44P. [online]: Virginia cooperative extension, Virginia tech, Virginia state university. url:<http://pubs.ext.vt.edu/category/child-development.html>.
- Jesuino JC, 2013, Conversation with Serge Moscovici. *Papers on social representations*, special issue, 2013, 22(1), 11.1-21. url:<http://www.psych.lse.ac.uk/psr>.
- Jones GMM & van der Eerden WJ. (2008). Designing care environments for persons with Alzheimer's disease: visuoperceptual considerations. *Reviews in clinical gerontology*, 2008, 18(1), 13-37. doi:10.1017/S0959259808002645.
- Kent MM & Haub C. (2005). *The demographic divide: what it is and what it matters*, online article, last consulted on 8 October 2016. url:<http://www.prb.org/Publications/Articles/2005/TheDemographicDivideWhatItIsandWhyItMatters.aspx>.
- Kite ME, Stockdale GD, Whitley Jr BE & Johnson BT. (2005). Attitudes toward younger and older adults: an updated meta-analytic review. *Journal of social issues*, 2005, 61(2), 241-266. doi:10.1111/j.1540-4560.2005.00404.x.

- Annan KA. (2002). Statement by Kofi Annan, Secretary-general of the United Nations. In UN, 2002, *Report of the Second world assembly on ageing*, Madrid, 8-12 April 2002. New York, NY: Authors. url:http://www.un.org/en/events/pastevents/ageing_assembly2.shtml.
- Kübler-Ross E. (1994). *Encontro com moribundos: meses de Outono, anos de Outono*, Lisboa: Associação Católica dos enfermeiros e profissionais de saúde.
- Kuehne VS. (2003a). *The state of our art: intergenerational program research and evaluation*, part one. *Journal of intergenerational relationships*, 2003, 1 (1), 145-61. doi:10.1300/J194v01n01_12.
- _____ (2003b). *The state of our art: intergenerational program research and evaluation*, part two. *Journal of intergenerational relationships*, 2003, 1 (2), 79-94. doi:10.1300/J194v01n02_07.
- Kuehne VS & Melville J. (2014). The state of our art: a review of theories used in intergenerational program research (2003–2014) and ways forward. *Journal of intergenerational relationships*, 2014, 12 (4), 317-46. doi:10.1080/15350770.2014.958969.
- LECMA. ([2013]). Mieux comprendre la maladie. In *La maladie*. (en ligne): Auteurs, dernière consultation le 12 septembre 2015. url:<https://www.maladiealzheimer.fr>.
- Lei nº 52/2012, Lei de bases dos cuidados paliativos. *Diário da República*, 1ª série, nº 172, 5 de Setembro de 2012, pp. 5119-24.
- Lipman M. (1991). *Thinking in education*. Cambridge, NY: Cambridge university press.
- _____ (2003). *Thinking in education* (2nd ed.). Cambridge, NY: Cambridge university press.
- Lipovetsky G. (1983/1989). *A era do vazio*. Lisboa: Relógio d'água.
- Livingston G, Kelly L, Lewis-Holmes E, Baio G, Morris S, Patel N, Omar RZ, Katona C & Cooper C. (2014). Non-pharmacological interventions for agitation in dementia: systematic review of randomised controlled trials. *British journal of psychiatry*, 2014, 205, 436-42. doi:10.1192/bjp.bp.113.141119.
- Lopes A. (2009). Economia social e cidadania: uma abordagem institucional do processo de desenvolvimento local sustentável. *Espaço S*, 2009, 3, [1]-[38] (cópia do autor).
- _____ (2012). *Fundamentos da gestão de pessoas: para uma síntese epistemológica da iniciativa, da competição e da cooperação*. Lisboa: Sílabo.
- Lopes A & Picado L. (2010). *Concepção e gestão da formação profissional contínua*. Mangualde: Pedago.
- Machado CMMV. (2013). *Educar (para) o pensar: desenvolvimento de competências reflexivas em professores e alunos do 1.º CEB – contributos da filosofia para crianças*, tese de doutoramento em Didática. Aveiro: Universidade de Aveiro, Departamento de educação.
- Magalhães C. (2012). A problemática dos estereótipos acerca das pessoas idosas. In Pereira F (coord.), *Teoria e prática da gerontologia: um guia para cuidadores de idosos* (pp. 93-100). Viseu: Psicosoma.
- Marquardt G, Büter K & Motzek T. (2014). Impact of the design of the built environment on people with dementia: an evidence-based review. *Health environments research & design journal*, 2014, 8(1), 127-57. doi:10.1177/193758671400800111.
- Marques S. (2011). *Discriminação da terceira idade*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Martínez T, Díaz-Veiga P, Sancho M & Rodríguez P. (2014). La atención centrada en la persona: ¿En qué consiste este modelo de atención?. *Modelo de atención centrada en la persona: Cuadernos prácticos 1*. Vitoria: Departamento de Empleo y Políticas Sociales, Gobierno Vasco.

- Minayo MCS. (2006). Visão antropológica do envelhecimento humano. In AAVV, 2006, *Velhices: reflexões contemporâneas* (pp. 45-59). São Paulo: SESC, PUC.
- Mooney CG. (2000). *Theories of childhood: an introduction to Dewey, Montessori, Erickson, Piaget & Vygotsky*. St. Paul, MN: Redleaf.
- Moreira MJG. (2010). Environmental changes and social vulnerability in an ageing society: Portugal in the transition from the 20th to the 21st centuries. *Hygiea Internationalis*, 2010, 9(1), 397-409. doi:10.3384/hygiea.1403-8668.1091.
- Neri AL. (2004/2007). Qualidade de vida na velhice. In Rebelatto JR & Morelli JGS (eds.). *Fisioterapia geriátrica: a prática da assistência ao idoso* (2^a ed. ampl.) (pp. 1-36). São Paulo, SP: Manole.
- Neri AL & Jorge MD. (2006). Atitudes e conhecimentos em relação à velhice em estudantes de graduação em educação e em saúde: subsídios ao planeamento curricular. *Estudos de psicologia*, 2006, 23(2), 127-37.
- Neto IG. (2010). Cuidados paliativos em pessoas com demência avançada. In Barbosa A & Neto IG (eds.). *Manual de cuidados paliativos* (2^a ed. rev. e aum.) (pp. 247-66). Lisboa: Núcleo de cuidados paliativos: Centro de bioética: Faculdade de medicina da Universidade de Lisboa.
- Nunes N. (2014). *Alzheimer em 50 questões essenciais*. Lisboa: Lidel.
- Oliveira JFP. (2011). O envelhecimento nos caminhos da filosofia. In Freitas EV & Py L (eds.). *Tratado de geriatria e gerontologia* (3.^a ed. rev. actual. e aum.) (pp. 47-57). Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan.
- Page S, Olivas R, Driver J & Driver R. (1981). Children's attitudes toward the elderly and aging. *Educational gerontology*, 1981, 7, 43-7.
- Palmore EB. (1982). Attitudes toward the aged: what we know and need to know. *Research on aging*, 1982, 4(3), 333-48.
- Paluck EL & Green DP. (2009). Prejudice reduction: what works? A review and assessment of research and practice. *Annual review of psychology*, 2009, 60, 339-67. doi:10.1146/annurev.psych.60.110707.163607.
- Patton MQ. (1980/1990). *Qualitative evaluation and research methods* (2nd rev. ed.). Newbury Park, CA: Sage.
- Pettigrew TF. (2016). In pursuit of three theories: authoritarianism, relative deprivation, and intergroup contact. *Annual Review of Psychology*, 2016, 67: 1-21. doi:10.1146/annurev-psych-122414-033327.
- Pettigrew TF & Tropp LR. (2006). A meta-analytic test of intergroup contact theory. *Journal of personality and social psychology*, 2006, 90(5), 751-83. doi:10.1037/0022-3514.90.5.751.
- Phaneuf M. (2007/2010). *O envelhecimento perturbado: a doença de Alzheimer* (2^a ed.). Loures: Lusodidacta.
- Pierce M, Cahill S, Grey T & Dyer M. (2015). *Research for dementia and home design in Ireland looking at new build and retro-fit homes from a universal design approach: key findings and recommendations report 2015*. Dublin: CEUD-NDA.
- Plutchik R. (2001). The nature of emotions. *American scientist*, 2001, 89 (4), 344-50. doi:10.1511/2001.4.344.
- PORDATA. (2015). *População residente segundo os Censos: total e por grandes grupos etários*. Online. Última actualização em 26 de Junho de 2015. url:<http://www.pordata.pt/Portugal/>.

- PORDATA. (2016). *Taxa bruta de natalidade*. Online. Última actualização em 20 de Junho de 2016. url:<http://www.pordata.pt/Portugal/>.
- PORDATA. (2017a). *Taxa bruta de natalidade*. Online. Última actualização em 10 de Março de 2017. url:<http://www.pordata.pt/Portugal/>.
- PORDATA. (2017b). *Esperança de vida à nascença: total por sexo (base. Triénio a partir de 2001)*. Online. Última actualização em 23 de Março de 2017. url:<http://www.pordata.pt/Portugal/>.
- PORDATA. (2017c). *População residente: total e por grandes grupos etários (%)*. Online. Última actualização em 8 de Fevereiro de 2017. url:<http://www.pordata.pt/Portugal/>.
- Prince M & Jackson J (eds.). (2009), *World Alzheimer report 2009*. London: ADI.
- Prince M, Wimo A, Guerchet M, Ali G-C, Wu Y-T & Prina M. (2015). *World Alzheimer report 2015: the global impact of dementia* (republished with corrections October 2015). London: ADI.
- Py L. (2004). *Velhice nos arredores da morte: a interdependência na relação entre idosos e seus familiares*. Porto Alegre, RS: EDIPUCRS.
- Py L, Trein F, Oliveira JFP & Azevedo DL. (2011). O tempo e a morte na velhice. In Freitas EV & Py L (eds.). *Tratado de geriatria e gerontologia*, (3ª ed. rev., actual. e aum.) (pp. 1350-9). Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan.
- Quaglia R & Vicente Castro F. (2005). Psicología del dibujo infantil. La línea: del gesto a la figura. In Vicente Castro F & Fajardo Caldera MI (comps.). *Psicología y educación: nuevas investigaciones* (pp. 79-92). Santander: [Infad].
- Raabe T & Beelmann A. (2011). Development of ethnic, racial, and national prejudice in childhood and adolescence: a multinational meta-analysis of age differences. *Child development*, 2011, 82 (6), 1715-37. doi:10.1111/j.1467-8624.2011.01668.x.
- Rebelo L. (2007). Genograma familiar: o bisturi do médico de família. *Revista portuguesa de clínica geral*, 2007, 23, 309-17.
- Rubin KH. (2001). *The play observation scale (POS)* (rev. ed.). [online]: Center for children, relationships, and culture: University of Maryland, last consulted on 27 September 2015. <http://www.rubin-lab.umd.edu/CodingSchemes/POS%20Coding%20Scheme%202001.pdf>.
- Santos FS. (2009). Tanatologia – a ciência da educação para a vida. In Santos FS (org.). *Cuidados paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer* (pp. 1-29). São Paulo, SP: Atheneu.
- Sapeta P. (2011). *Cuidar em fim de vida: o processo de interacção enfermeiro-doente*. Loures: Lusociência.
- Satariano WA. (2006). *Epidemiology of aging: an ecological approach*. Sudbury, MA: Jones and Bartlet.
- Schwarz B, Chaudhury H & Tofle RB. (2004). Effect of design interventions on a dementia care setting. *American journal of Alzheimer's disease and other dementias*, 2004, 19(3), 172-6. doi:10.1177/153331750401900304.
- Schwartz LK & Simmons JP. (2001). Contact quality and attitudes toward the elderly. *Educational gerontology*, 2001, 27, 127-37.
- Seidman I. (1991/2006). *Interviewing as qualitative research: a guide for researchers in education and the social sciences* (3rd ed.). New York, NY: Teachers college press.
- Serrani D. (2012). Construcción y validación de escala para evaluar las actitudes hacia los pacientes com enfermedad de Alzheimer y transtornos relacionados. *Revista española de geriatría y gerontología*, 2012, 47(1), 5-14. doi:10.1016/j.regg.2011.09.005.

- Silva A. (1939/1991). *O método Montessori* (3ª ed.). Lisboa: Inquérito.
- Singh R. (2001). *Palavras de sabedoria: Sua Santidade, o Dalai-Lama*. Rio de Janeiro: Sextante.
- SNRIPD. (2006). *1ª Plano de acção para a integração das pessoas com deficiências ou incapacidade*. Lisboa: Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social.
- Tilly J & Reed P (eds.). (2006/2009). *Dementia care practice recommendations for assisted living residences and nursing homes: residential living, phases 1 & 2 of the AA campaign for quality care*, brochure. Chicago, IL: AA.
- Tomaino CM. (2002). *The role of music in the rehabilitation of persons with neurologic diseases*. In Aldridge D & Fachner J (eds.). *Music therapy today: 2000-2003*.
- Torrington JM & Tregenza PR. (2007). Lighting for people with dementia. *Lighting research and technology*, 2007, 39(1), 81-97. doi:10.1177/1365782806074484.
- Tudge J & Scrimsher S. (2003). Lev S. Vygotsky on education: a cultural-historical, interpersonal, and individual approach to development. In Zimmerman BJ & Schunk DH (eds.). *Educational psychology: a century of contributions* (pp. 207-28). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- UN. (2015a). *World population prospects: the 2015 revision, volume I: comprehensive tables*. New York: Department of economic and social affairs: Population division. http://esa.un.org/unpd/wpp/Publications/Files/WPP2015_Volume-I_Comprehensive-Tables.pdf.
- ____ (2015b). *World population prospects: the 2015 revision, volume II: demographic profiles*. New York: Department of economic and social affairs: Population division. http://esa.un.org/unpd/wpp/Publications/Files/WPP2015_Volume-II-Demographic-Profiles.pdf.
- Utton D. (2009). The design of housing for people with dementia. *Journal of care services management*, 2009, 3 (4), 380-90. doi:10.1179/csm.2009.3.4.380.
- van Hoof J, Kort HSM, Hensen JLM, Duijnste MSH & Rutten PGS. (2010). The indoor environment and the integrated design of homes for older people with dementia. *Building and environment*, 2010, 45 (5), 1244-61. doi:10.1016/j.buildenv.2009.11.008.
- van Hoof J, Kort HSM, van Waarde H & Blom MM. (2010). Environmental interventions and the design of homes for older adults with dementia: an overview. *American journal of Alzheimer's disease & other dementias*, 2010, 25(3), 202-232. doi:10.1177/1533317509358885.
- Vaz L. (2011). *A simulação da morte: versão e aversão em Montaigne*. São Paulo, SP: Perspectiva.
- Verhaest P. (2014). Dementia friendly environments: the physical dimension in support of psychosocial wellbeing. In Marquardt G & Viehweger A (eds.). *Architecture for people with dementia: planning principles, practices and future challenges* (pp. 16-29). Dresden: Technische universität Dresden.
- Vygotsky LS. (1934/2012). *Thought and language* (revised and expanded edition). Cambridge, MA: Massachusetts institute of technology.
- WHO. (s.d.). *Populations are getting older*. [online]: Authors, last consulted on 28 June 2016. <http://www.who.int/ageing/events/world-report-2015-launch/en/>.
- Wijk H. (2004). Colour perception in old age: with implications in the caring environment. In Dilani A (ed.). *Design & health III: health promotion through environmental design* (pp. 167-73). Stockholm: International academy for design and health.
- Yin RK. (2011). *Qualitative research from start to finish*. New York, NY: Guilford.

Zeisel J, Hyde J & Levkoff S. (1994). Best practices: an environment-behavior (E-B) model for Alzheimer special care units. *American journal of Alzheimer's care and related disorders & research*, 1994, 9, 4-21. doi:10.1177/153331759400900202.

Zimerman GI. (2000). *Velhice: aspectos biopsicossociais*, Porto Alegre, RS: Artmed.

Zumthor P. (1998/1999). *Thinking architecture*. Basel: Birkhäuser.

_____ (2003/2006). *Atmosferas*. Amadora: Gustavo Gili.

Anexos

Autorizações

António José Lourenço Gomes Lopes
Escola superior de educação de Castelo Branco
Instituto politécnico de Castelo Branco

Contactos: [REDACTED]
[REDACTED]

Exma. Sra. Diretora do
Agrupamento de escolas Manuel da Maia
Dra. Filomena Leite Pinto

Assunto: Pedido de autorização para realização de trabalho de mestrado

Eu, *António José Lourenço Gomes Lopes*, mestrando em *Gerontologia social* na *Escola superior de educação de Castelo Branco* do *Instituto politécnico de Castelo Branco* (ESECB-IPCB), no âmbito do *Trabalho de projeto*, correspondente ao 3º semestre do curso de mestrado, pretendo compreender a influência da educação cívica em crianças em idade pré-escolar, no que respeita à definição das suas *representações de idoso e de demência*, bem como à *dissipação de preconceitos* a estas associadas, mediante a participação em *programas intergeracionais*. Complementarmente, procurarei perceber se os conceitos elaborados por essas crianças se mantêm ao longo da infância e adolescência, após o desvinculo com os idosos.

Para tal, e porque, através do meu voluntariado no *Centro de dia* [REDACTED] [REDACTED], tomei conhecimento que a [REDACTED] desenvolve atividades entre os utentes do *centro de dia* e as crianças do *jardim infantil* integrado na *Escola básica do Vale de Alcântara*, pertencente ao *Agrupamento de escolas Manuel da Maia*, venho requerer que me seja autorizada a realização daquele estudo no estabelecimento de ensino referido.

O desenho da investigação implicará a *caracterização do contexto e dos intervenientes no programa*, bem como a *interação com os participantes* nas atividades intergeracionais, nomeadamente, através de:

- a) *observação* das atividades *intergeracionais* no *Centro de dia* [REDACTED];
- b) *entrevistas* às crianças do *jardim infantil*, que participem nas atividades intergeracionais, em três momentos: 1º início das aulas, em Setembro; 2º antes das férias do Natal; e 3º meados de Março;
- c) *entrevistas* aos alunos do 4º ano do 1º ciclo da *Escola básica do Vale de Alcântara*, que tenham frequentado o *jardim infantil* da mesma instituição e participado nas atividades intergeracionais com os utentes do *centro de dia* (preferencialmente em Setembro e ou Outubro);
- d) *entrevistas* aos alunos do 8º ano do 3º ciclo das escolas pertencentes ao *Agrupamento de escolas Manuel da Maia*, que tenham frequentado o *jardim infantil* da *Escola básica do Vale de Alcântara* e participado nas atividades intergeracionais com os utentes do *centro de dia* (preferencialmente em Setembro e ou Outubro); e
- e) *proposta de atividades intergeracionais* entre as crianças do jardim infantil e os utentes do centro de dia.

O que acarretará os devidos *consentimentos informados* de:

- a) *direção do Agrupamento de escolas Manuel da Maia*; e
- b) *encarregados de educação* das crianças.

Mais informo que, complementarmente, a ESECB-IPCB enviará um ofício, via correio, que atestará a veracidade da informação aqui indicada por mim.

Disponibilizando-me para prestar os esclarecimentos que considerar necessários, aguardo deferimento,

Lisboa, 2 de Setembro de 2015



António José Lourenço Gomes Lopes

[REDACTED]

[REDACTED]

Contacto: [REDACTED]

Exma. Sra. Diretora do
Agrupamento de Escolas Manuel da Maia
Dra. Filomena Maria Corrêa Leite Pinto

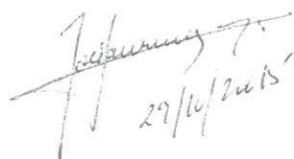
Assunto: Pedido de alargamento das amostras

Eu, António José Lourenço Gomes Lopes, mestrando em *Gerontologia social* na *Escola superior de educação do Instituto politécnico de Castelo Branco*, venho requerer a extensão das amostras propostas anteriormente - alunos do 4.º e 8.º anos do 1.º e 3.º ciclos do ensino básico.

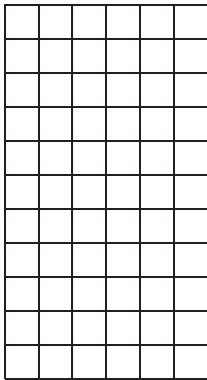
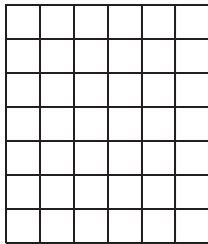
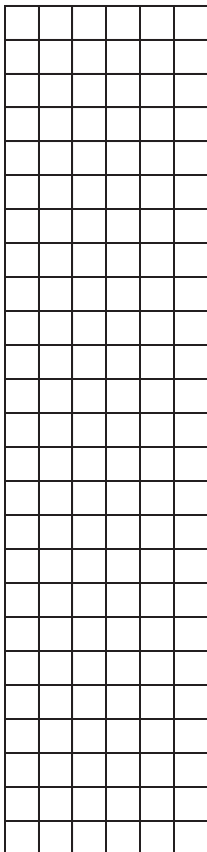
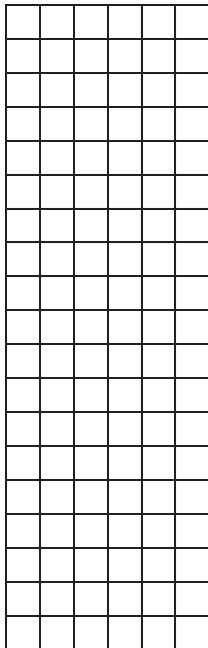
Dadas as reduzidas amostras correspondentes ao pedido precedente, peço autorização para alargá-las aos alunos do 3.º ano do 1.º ciclo da *Escola básica Vale de Alcântara*, bem como aos alunos que frequentaram o mesmo estabelecimento de ensino no ano letivo 2009/2010, nos 2.º, 3.º e 4.º anos do 1.º ciclo, e que se encontram, atualmente, a frequentar o 6.º, 7.º e 8.º anos do 2.º e 3.º ciclos na *Escola básica Manuel da Maia*.

Disponibilizando-me para qualquer esclarecimento adicional,

Peço deferimento,


27/10/2015

Instrumento de observação directa

<p>socialização</p> <ul style="list-style-type: none"> fora da sala ausente solitário (> 1 m) solitário (≤ 1 m) observador distante (> 1 m) observador próximo (≤ 1 m) transitório paralelo (≤ 1 m) conjunto conversacional não codificável 		<p>actividade cognitiva</p> <ul style="list-style-type: none"> não observável nenhuma funcional construtiva dramática dirigida inquisitiva 	
<p>emoção</p> <ul style="list-style-type: none"> não observável dor tristeza reflexão repugnância aversão tédio raiva fúria turbulência vigilância antecipação interesse êxtase alegria serenidade admiração confiança aceitação terror medo apreensão espanto surpresa diversão 		<p>foco de atenção</p> <ul style="list-style-type: none"> não observável ninguém Letícia Verónica Natália Giovana Sofia Nuno Samuel Bernardo Júlio Bruno Duarte Simão Tomás Martim educadora auxiliar outro(s) 	
<p>Código: _____</p> <p>Observações:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>			



Guião de entrevista

Tópico	Subtópico	Dimensão				Questão
		opiniões e valores	experiência e comportamento	sentimentos e emoções	conhecimento	
Velhice	Representação da velhice	•				O que pensas sobre a velhice?
			•			Como se comportam os velhos?
	Atitude face à velhice			•		Como te sentes quando estás perto de um velho?
			•		•	Como te comportas quando estás com um velho? Que velhos conheces?
		•			Que velhos conheces? Que utilidade têm os mais velhos?	
Programa intergeracional	Representação do programa intergeracional		•			Os utentes do centro de dia eram diferentes dos outros velhos que conheces?
			•			Como se comportavam os utentes do centro de dia? Como eram as actividades no centro de dia?
	Atitude face ao programa intergeracional			•		Como te sentias durante as actividades?
			•			Como te comportavas com os utentes do centro de dia?
Novo programa intergeracional	Atitude face ao novo programa intergeracional	•				Em tua opinião, os alunos da escola deviam continuar a participar nas actividades?
		•				Como poderias colaborar na elaboração de actividades intergeracionais?
Demência	Representação de demência e de doença de Alzheimer				•	O que é demência? E doença de Alzheimer?
Sessão de informação	Atitude face a sessão de informação	•				Pensas ser importante a realização de uma sessão de esclarecimento?

**Autorização de utilização
de bandas desenhadas da LECMA**



47 rue de Paradis, 75010 Paris

+33 1 42 46 50 86

info@maladiealzheimer.fr

www.maladiealzheimer.fr

AUTORISATION DE DIFFUSION DES BANDES DESSINEES D'ALZJUNIOR.ORG

LECMA - Vaincre Alzheimer, association humanitaire d'intérêt général, à but non lucratif, régie par la loi de 1901, autorise Antonio José Lourenço Gomes Lopes, à diffuser les bandes dessinées d'Alzjunior.org exclusivement dans le cadre de sa formation de Master *Gérontologie sociale* à l'École supérieure d'éducation de Castelo Branco, au Portugal, pour la période s'étendant du 1^{er} janvier au 31 mai 2016, selon les conditions suivantes :

• Diffusion :

Chaque diffusion d'une des bandes dessinées d'AlzJunior doit être identifiée comme provenant de l'association. Pour ce faire, à chaque apparition d'un extrait d'une bande dessinée AlzJunior, devra être inscrit « Fonte : LECMA - Vaincre Alzheimer ».

Par ailleurs, le bénéficiaire de l'autorisation devra faire apparaître à la fin de chacune de ses présentations « Agradecimentos : Associação LECMA - Vaincre Alzheimer ».

• Support de diffusion :

Le bénéficiaire de l'autorisation s'engage à diffuser les bandes dessinées AlzJunior sur le(s) support(s) suivant(s) :

- projection visuelle; et
- dépliants d'information.

Le bénéficiaire s'engage également à insérer un lien vers le site internet institutionnel de l'association (<https://www.maladiealzheimer.fr>) ainsi que le site www.alzjunior.org sur ses présentations ainsi que tout autre support sur lesquels pourrait être diffusées les bandes dessinées AlzJunior.

• Recadrage / Adaptation au support de diffusion :

LECMA - Vaincre Alzheimer autorise le bénéficiaire de l'autorisation à réduire ou agrandir le format des bandes dessinées afin de l'adapter au support de diffusion.

• Reproduire / Dupliquer :

Toute forme de reproduction partielle ou totale des bandes dessinées AlzJunior est formellement interdite.

• Droits de Représentation / Communication :

La communication, sur tous supports (web, presse, livre, publicité, etc) non précisés dans la présente autorisation n'est pas autorisée.

• Exclusivité :

Aucune exclusivité ne sera accordée au bénéficiaire de l'autorisation quant aux droits de diffusion relatifs aux bandes dessinées AlzJunior.

• Finances :

Aucune contrepartie financière ne sera versée au bénéficiaire de l'autorisation par LECMA - Vaincre Alzheimer pour la diffusion des bandes dessinées AlzJunior.
Aucune contrepartie financière ne sera réclamée au bénéficiaire de l'autorisation par LECMA - Vaincre Alzheimer pour la diffusion de ces bandes dessinées.

• Téléchargement :

En aucun cas les bandes dessinées AlzJunior ne pourront être téléchargeables sur le support de diffusion utilisé par le bénéficiaire de l'autorisation.



47 rue de Paradis, 75010 Paris

+33 1 42 46 50 86

@ info@maladiealzheimer.fr

www.maladiealzheimer.fr

• **Diffusion :**

Le contenu de la vidéo «Mécanismes et secrets de la maladie d'Alzheimer : le cerveau à la loupe» qui seront utilisées ne pourront en aucun cas être modifiées visuellement. Seule la phrase « Fonte : Association LECMA – Vaincre Alzheimer » pourra être ajoutée.

Le bénéficiaire de l'autorisation s'interdit expressément de procéder à une exploitation des bandes dessinées AlzJunior susceptible de porter atteinte à la réputation de LECMA - Vaincre Alzheimer, ni d'utiliser les bandes dessinées AlzJunior, dans tout support à caractère pornographique, raciste, xénophobe ou toute autre exploitation préjudiciable et/ou pouvant porter atteinte aux bonnes mœurs ou à l'ordre public.

M. Antonio José Lourenço Gomes Lopes reconnaît être entièrement remplie de ses droits.

Fait à Lisbonne, le 14 / 11 / 2015 en deux exemplaires et de bonne foi.

Signature du bénéficiaire de l'autorisation
(précédée de la mention «lu et approuvé»)

lu et approuvé

LECMA - Vaincre Alzheimer
(précédée de la mention «lu et approuvé»)

lu et approuvé

