



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

ENVELHECIMENTO E IDADISMO:

Um estudo com jovens e adultos mais velhos

Sandy Gomes Leitão



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Sandy Gomes Leitão

Envelhecimento e idadismo: Um estudo com jovens e adultos mais velhos

Mestrado em Gerontologia Social

Trabalho efetuado sob a orientação do(a)
Professora Doutora Raquel Gonçalves
Professora Doutora Patrícia Siva

Março de 2024

Agradecimentos

Depois de muito trabalho, resiliência, dedicação e esforço intrínseco é com muito orgulho e emoção que chega ao fim mais um percurso importante na minha vida. No entanto, esta etapa também não teria sido possível sem a presença de um conjunto de pessoas a quem tenho muito a agradecer.

As primeiras palavras de agradecimento vão para as professoras, Raquel Gonçalves e Patrícia Silva, professoras orientadoras da minha dissertação de mestrado. Quero enaltecer, o facto de terem acreditado em mim e me terem dado motivação para a realização deste estudo. Também quero realçar toda a disponibilidade demonstrada, bem como, todo o apoio, exigência, aprimoramento contínuo e partilha de conhecimentos, que contribuíram para um desenvolvimento positivo desta investigação. A vocês um muito obrigado.

Aos participantes deste estudo, pela disponibilidade e interesse em quererem fazer parte da amostra. Sem vocês não seria possível realizar este estudo.

Aos meus pais e irmão que estiveram sempre presentes em todas as situações e por me ajudarem sempre na conquista dos meus objetivos, dando-me motivação e apoio acreditando sempre em mim! Sem as três pessoas mais importantes da minha vida não teria conseguido alcançar este objetivo. À restante família, um obrigado por tudo também.

Aos meus colegas de casa, Xana e Gonçalo, que sempre estiveram comigo ao longo desta caminhada, que apesar de todas as circunstâncias sempre estiveram lá para os momentos mais difíceis e estarão sempre para o que precisar. Obrigada pela motivação. Levo-vos sempre comigo para a vida!

A todos os meus amigos que estiveram sempre presentes, pelo companheirismo e motivação ao longo deste percurso.

Aos meus colegas da Sport Zone por toda a motivação, desabafo e incentivo no decorrer desta etapa, o que as palavras e a demonstração de auxílio deram-me força ao longo deste percurso. Em especial gostaria de agradecer à minha gerente, Madalena Cerqueira, por ir além da sua obrigação, cedendo-me todas as condições possíveis para a conclusão desta dissertação de mestrado, sendo sempre muito compreensiva em todas as situações. Um muito obrigado, estarão sempre no meu coração.

Dou por terminada esta dissertação de mestrado, que para mim considera-se uma grande conquista. Um muito obrigada a todas estas pessoas que contribuíram para que isto acontecesse. Sou grata por vos ter!

Resumo

Contexto e objetivos: O envelhecimento em Portugal tem ocorrido de forma progressiva e gradual. Existem inúmeras maneiras de envelhecer, relacionadas não só com a variabilidade das características das pessoas, como também com o contexto sociocultural em que vivem. Assim, envelhecer diz respeito às modificações biológicas e psicológicas, mas também aos padrões sociais e à forma como as comunidades percebem o processo de envelhecimento (Miguel, 2014). As imagens associadas a este processo incluem comportamentos, conceitos, crenças, emoções e estereótipos que tendem a evidenciar-se ao longo da vida, podendo assumir formas de discriminação, tais como o idadismo (Ribeiro, 2007). Este termo foi introduzido por Butler em 1969, caracterizando-se por ser um processo de estereótipos e discriminação sistemática com base na idade. As atitudes idadistas em relação às pessoas mais velhas podem assumir três componentes: (i) estereótipos, (ii) preconceito e (iii) discriminação (Marques, 2011) com reflexo no seu bem-estar e qualidade de vida. Deste modo, é objetivo geral do presente estudo analisar a relação entre as imagens e estereótipos sobre a velhice e a qualidade de vida de jovens adultos e adultos mais velhos. Os objetivos específicos são: caracterizar as imagens e estereótipos de jovens adultos e adultos mais velhos sobre a pessoa idosa e o processo de envelhecimento; avaliar a relação entre as imagens e estereótipos sobre a velhice e variáveis específicas e analisar se existem diferenças em relação à imagem e estereótipos sobre a velhice em função da geração de pertença.

Método: Trata-se de um estudo quantitativo, transversal, de carácter não experimental, do tipo correlacional. A amostra foi composta por 122 participantes, dos quais 62 jovens (17-24 anos) e 60 adultos mais velhos (65 ou mais anos), sem comprometimento cognitivo, a residir na comunidade e a frequentar o IPVC ou uma Universidade Sénior do Norte de Portugal. O processo de amostragem foi não probabilístico por conveniência, sendo que para a recolha de dados foi utilizado um questionário sociodemográfico, o questionário específico sobre o idadismo, o questionário de avaliação da qualidade de vida - WHOQOL-Bref (Canavarro et al., 2010) e a Escala ImAges (Sousa et al., 2008). O protocolo foi auto-administrado, tendo a recolha de dados decorrido entre setembro e dezembro de 2023. A análise descritiva e inferencial dos dados foi realizada através do programa IBM SPSS, versão 27.

Resultados: Os participantes têm idades compreendidas entre os 17 e os 83 anos ($M=45,34$; $DP=26,1$), são maioritariamente do sexo feminino, 69,4% ($n=84$), solteiros 53,5% ($n=65$) e com escolaridade ao nível do 10º-12º ano (55%). Relativamente aos domínios da qualidade de vida observa-se que a pontuação média mais alta na escala WHOQOL-Bref pertence ao domínio das relações sociais ($M=73,84$; $DP=16,37$) e a pontuação mais baixa ao domínio do ambiente ($M=70,13$; $DP=15,50$). Em relação aos domínios da Escala ImAges, constata-se que foi no domínio da incompetência relacional e cognitiva que a pontuação foi mais alta ($M=22,01$; $DP=6,36$) e no domínio da dependência física e emocional e antiquado que a pontuação foi mais baixa ($M=20,62$; $DP=5,07$). Foram observadas diferenças estatisticamente significativas nas imagens da velhice em função dos grupos de idade, sendo que os jovens têm mais imagens negativas de “Dependência física e emocional e antiquado” ($t(108)=-2,815$; $p=0,006$) e os adultos mais velhos de “Incompetência relacional e cognitiva” ($t(100)=2,945$; $p=,004$). Observam-se ainda associações negativas e estatisticamente significativas no caso dos adultos mais velhos entre a saúde mental e os fatores “Dependência física e emocional e antiquado” ($r=-,354$, $p=,018$.) e “Incompetência relacional e cognitiva” ($r=-,457$, $p=,004$).

Conclusão: A promoção de um envelhecimento com qualidade de vida implica ações de combate ao idadismo nas suas várias dimensões: individual, familiar, social e institucional com o principal objetivo de desmitificar as imagens e estereótipos negativos presentes na sociedade associados à pessoa idosa.

Palavras-chave: Envelhecimento, Idadismo, Qualidade de vida, Gerontologia Social.

Abstract

Context and objectives: Ageing in Portugal has occurred progressively and gradually. There are countless ways of growing old, related not only to the variability of people's characteristics, but also to the socio-cultural context in which they live. Thus, ageing concerns biological and psychological changes, but also social patterns and the way communities perceive the ageing process (Miguel, 2014). The images associated with this process include behaviors, concepts, beliefs, emotions and stereotypes that tend to become evident throughout life and can take on forms of discrimination, such as ageism (Ribeiro, 2007). This term was introduced by Butler in 1969 and is characterized as a process of stereotyping and systematic discrimination based on age. Ageist attitudes towards older people can take on three components: (i) stereotypes, (ii) prejudice and (iii) discrimination (Marques, 2011), with an impact on their well-being and quality of life. Therefore, the general objective of this study is to analyze the relationship between images and stereotypes about old age and the quality of life of young adults and older adults. The specific objectives are to characterize the images and stereotypes of young adults and older adults about the elderly and the ageing process; to assess the relationship between images and stereotypes about old age and specific variables and to analyze whether there are differences in relation to the image and stereotypes about old age depending on the generation to which they belong.

Method: This was a quantitative, cross-sectional, non-experimental, correlational study. The sample consisted of 122 participants, including 62 young people (aged 17-24) and 60 older adults (aged 65 or over), without cognitive impairment, living in the community and attending the IPVC or a Senior University in Northern Portugal. The sampling process was non-probabilistic for convenience, and a sociodemographic questionnaire, the specific questionnaire about ageism, the WHOQOL-Bref quality of life assessment questionnaire (Canavarro et al., 2010) and the ImAges Scale (Sousa et al., 2008) were used for data collection. The protocol was self-administered, and data collection took place between September and December 2023. The descriptive and inferential analysis of the data was carried out using the IBM SPSS program, version 27.

Results: The participants were aged between 17 and 83 ($M=45.34$; $SD=26.1$), mostly female, 69.4% ($n=84$), single 53.5% ($n=65$) and with an education level of 10th-12th grade (55%). With regard to the quality of life domains, the highest average score on the WHOQOL-Bref scale was in the social relations domain ($M=73.84$; $SD=16.37$) and the lowest in the environment domain ($M=70.13$; $SD=15.50$). In relation to the domains of the ImAges Scale, it was in the domain of relational and cognitive incompetence that the score was highest ($M=22.01$; $SD=6.36$) and in the domain of physical and emotional dependence and outdatedness that the score was lowest ($M=20.62$; $SD=5.07$). Statistically significant differences were observed in the images of old age according to age groups, with young people having more negative images of "Physical and emotional dependence and old-fashionedness" ($t(108)=-2.815$; $p=0.006$) and the elderly of "Relational and cognitive incompetence" ($t(100)=2.945$; $p=.004$). There were also negative and statistically significant associations in the case of the elderly between mental health and the factors "Physical and emotional dependence and old-fashionedness" ($r=-.354$, $p=.018$.) and "Relational and cognitive incompetence" ($r=-.457$, $p=.004$).

Conclusion: Promoting ageing with quality of life implies actions to combat ageism in its various dimensions: individual, family, social and institutional, with the main aim of demystifying the negative images and stereotypes associated with the elderly in society.

Keywords: Ageing, Ageism, Quality of life, Social Gerontology.

Índice

INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I – REVISÃO DA LITERATURA	4
1. Envelhecimento, Gerontologia e Gerontologia Social	5
2. Idadismo	9
2.1. As múltiplas dimensões do idadismo	10
2.2. Principais estereótipos associados às pessoas mais velhas	16
2.3. Fatores determinantes e consequências do idadismo.....	18
2.4. Representações sociais e auto-percepção do envelhecimento	24
3. Qualidade de vida: conceito e fatores determinantes em pessoas mais velhas	28
4. Perspetiva de Curso de Vida.....	32
CAPÍTULO II – MÉTODO.....	35
Plano de investigação e participantes.....	36
Instrumentos de recolhas de dados.....	36
Procedimento de recolha de dados	41
Análise de dados	42
CAPÍTULO III – RESULTADOS	43
1. Descrição dos participantes: características sociodemográficas, estado de saúde e práticas religiosas.....	44
2. Análise dos domínios da qualidade de vida e das imagens da velhice	49
3. Percepções sobre o idadismo em jovens e adultos mais velhos.....	50
4. Análise da relação entre as imagens da velhice e variáveis sociodemográficas.....	54
5. Análise da relação entre a qualidade de vida, características sociodemográficas e imagens da velhice	59
CAPÍTULO IV – DISCUSSÃO DE RESULTADOS E CONCLUSÃO	64
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	90

Índice de tabelas

Tabela 1. Esquema conceptual dos domínios da WHOQOL-Bref.....	38
Tabela 2. Esquema conceptual da Escala ImAges	39
Tabela 3. Caracterização sociodemográfica dos participantes	44
Tabela 4. Caracterização do estado de saúde dos participantes	47
Tabela 5. Caracterização da religião/práticas religiosas dos participantes	48
Tabela 6. Caracterização da Qdv em função do grupo etário	49
Tabela 7. Caraterização das Imagens da velhice em função dos grupos de idade	50
Tabela 8. Análise das questões específicas do idadismo	50
Tabela 9. Perceção sobre situações de idadismo.....	52
Tabela 10. Tipos de discriminação	53
Tabela 11. Estratégias para combater o idadismo	53
Tabela 12. Imagens da velhice em função dos grupos de idade (teste t)	54
Tabela 13. Imagens da velhice em função do género (teste t)	55
Tabela 14. Associação entre as imagens da velhice e a escolaridade (correlação de Pearson) .	56
Tabela 15. Associação entre as Imagens da velhice e a saúde física e mental	57
Tabela 16. Imagens da velhice em função dos grupos face à religião (teste t)	58
Tabela 17. Diferenças nos domínios da Qdv em função do grupo etário (teste t)	59
Tabela 18. Associação entre a Qdv e as Imagens da velhice	61

INTRODUÇÃO

Introdução

Portugal é atualmente um dos países mais envelhecidos da Europa e do mundo. Comparando os censos de 2011 com os censos de 2021, observa-se que a proporção de jovens diminuiu em 15,3% e a proporção de pessoas mais velhas aumentou em 20,6%, sendo o índice de envelhecimento de 182%, ou seja, existiam nesta altura 182 adultos mais velhos por cada 100 jovens (INE, 2021). Com efeito, o crescente envelhecimento populacional coloca uma série de desafios aos indivíduos e às sociedades.

Atendendo à complexidade do processo de envelhecimento, importa considerar que este implica mudanças na dimensão biológica, psicológica e social (Cerqueira, 2010), pelo que não existe nenhuma teoria que, por si só, explique o fenómeno do envelhecimento. Trata-se de processo complexo que não se desenvolve apenas a partir da biologia, psicologia ou sociologia, mas que envolve uma série de outros campos.

Neste sentido, a Gerontologia – enquanto ciência que estuda o envelhecimento – foca-se no estudo do envelhecimento, da velhice e do velho baseando-se em conhecimentos bio-psico-sociais e apresentando, portanto, um carácter multidisciplinar. Por sua vez, a Gerontologia Social distingue-se desta por enfatizar as bases sociais deste processo, bem como por estudar o impacto das condições socioculturais e ambientais no processo de envelhecimento e velhice, das consequências sociais desses processos e das ações sociais capazes de melhorar o processo de envelhecimento (Fernández-Ballesteros, 2004).

Apesar dos fatores que as diferenciam, a Gerontologia e Gerontologia Social interligam-se, principalmente quando a atenção se centra nos ganhos e na longevidade de maneira positiva. Esta abordagem reflete-se também no conceito de Envelhecimento Saudável que consiste num processo de promoção e manutenção da capacidade funcional com o intuito de permitir o bem-estar na velhice (OMS, 2015). Considerando os desafios da Década do envelhecimento saudável (2021-2030), importa dar destaque a um dos seus objetivos: alterar a forma como pensamos, sentimos e agimos relativamente à idade e ao envelhecimento (Organização Pan-Americana da Saúde, 2022b). Este é, na nossa perspetiva, um aspeto fundamental, na medida em que a idade é entendida como uma das principais características das pessoas e, portanto, a probabilidade de ao longo da vida ocorrer algum tipo de discriminação com base na idade é muito elevada (Moreira, 2020).

Com efeito, o termo *ageism* (idadismo) foi proposto por Butler em 1969 referindo-se como sendo um processo de “estereótipos e discriminação sistemática contra as pessoas pelo facto de serem idosas, da mesma forma que o racismo e o sexismo o fazem com a cor da pele e o género” (p.243). De facto, quando analisamos a literatura neste domínio verifica-se que o

idadismo relativamente aos adultos mais velhos mostra uma origem multifacetada, sendo maioritariamente influenciado por três aspetos basilares: o processo de categorização por idade; a inatividade dos adultos mais velhos; e o predomínio da cultura e juventude (Marques, 2011). Além disso, o idadismo evidencia-se a partir de vários níveis: institucional, interpessoal e contra si próprio (Organização Pan-Americana da Saúde, 2022a). Segundo Marques (2011), o idadismo caracteriza-se essencialmente por uma dimensão institucional e cultural, visto que não passa por uma atitude negativa individualizada em relação aos mais velhos, mas se reflete nos valores culturais e atitudes institucionais da sociedade.

As atitudes idadistas relativas aos adultos mais velhos manifestam-se a partir de três componentes, sendo eles os estereótipos, preconceitos e discriminação (Marques, 2011). Assim, e apesar do envelhecimento estar ligado a alterações biológicas, psicológicas e sociais, também é fortemente determinado pelo contexto socio-cultural onde a pessoa se encontra inserida (Neves, 2012). Neste sentido, associados ao envelhecimento surgem um conjunto de estereótipos positivos e negativos que dizem respeito a esta fase da vida e que podem interferir na forma de tratamento para com os mais velhos, bem como na forma como estes próprios se veem (Neves, 2012). Com efeito, o idadismo contribui para que os adultos mais velhos deixem de ser reconhecidos de forma individualizada e passem a ser entendidos como um grupo homogéneo – com consequências claras na experiência de envelhecer. Dito de outro modo, e considerando que não existe o “idoso típico” e que a idade não determina a personalidade ou qualquer característica pessoal/individual (OMS, 2015), é fundamental que cada indivíduo possa ser reconhecido como um ser individual, livre de generalizações e eventuais estereótipos.

Do ponto de vista dos fatores que aumentam o risco de idadismo salienta-se o aumento da idade, a dependência de cuidados, a doença e o trabalho em profissões menos qualificadas (Organização Pan-Americana da Saúde, 2022a). Por sua vez, enquanto fatores que diminuem o risco de atitudes idadistas, destaca-se o contacto intergeracional (Villas-Boas et al., 2017).

De facto, as crenças negativas associadas à velhice e às pessoas mais velhas influenciam de forma negativa a maneira como os indivíduos vivenciam a velhice em termos de autoestima, autoimagem e bem-estar psicológico, sendo que uma das consequências graves do idadismo se reflete nas atitudes negativas dos mais jovens para com os mais velhos (Fonseca, 2006). Por seu turno, as atitudes positivas auxiliam os mais velhos na adaptação às perdas que ocorrem ao longo do processo de envelhecimento, funcionando como um recurso de *coping* (Silva et al., 2012). Se por um lado, a absorção de atitudes negativas acerca do processo de envelhecimento prejudica a autoconfiança dos mais velhos e tem implicações no seu bem-estar e qualidade de vida (Lima, 2010), caso a comunidade onde as pessoas estão inseridas – pelos seus sistemas

sociais e culturais – seja promotora de um ambiente “amigo da idade”, tal vai potenciar um melhor desenvolvimento e envelhecimento.

Considerando a subjetividade do conceito de qualidade de vida – definido pela OMS como a análise da pessoa sobre a sua posição na vida, dentro dos meios dos sistemas de cultura e princípios em que está inserido em relação aos objetivos, padrões e expectativas da pessoa (WHOQOL Group, 1994) - é compreensível que ser alvo de discriminação por idade pode contribuir para indicadores de bem-estar menos satisfatórios. De facto, a literatura evidencia de forma clara que há uma relação negativa entre a qualidade de vida e o idadismo (ex., Chang et al., 2020; Low et al., 2013; Sosa et al., 2023), não sendo tão evidente o modo como esta relação se estabelece em diferentes grupos etários.

Assim, o presente estudo visa analisar a relação entre as imagens e estereótipos sobre a velhice e a qualidade de vida de jovens adultos e adultos mais velhos. Esta análise é importante porque se pretende identificar de que forma as imagens e os estereótipos que os jovens e os adultos mais velhos possuem acerca do envelhecimento se relacionam com a sua perceção de bem-estar e qualidade de vida, colaborando assim com novos contributos para a comunidade académica, essencialmente na área da Gerontologia Social. Com base nos resultados obtidos, pretende-se ainda traçar recomendações para as políticas sociais neste domínio.

Em relação à estrutura, a presente dissertação encontra-se organizada da seguinte forma: no primeiro capítulo encontra-se a revisão da literatura onde se procede a um enquadramento teórico e empírico acerca do tema em estudo; o segundo capítulo diz respeito ao método, dando-se destaque ao plano de investigação e participantes, instrumentos e procedimentos de recolha e análise de dados; no terceiro capítulo são apresentados os resultados do estudo; e, por fim, no quarto capítulo está presente a discussão dos resultados e conclusão. Nesta secção são analisados os principais resultados obtidos a partir da investigação no domínio, são identificadas as limitações do estudo, bem como as sugestões para a investigação futura e as implicações para a prática gerontológica.

CAPÍTULO I – REVISÃO DA LITERATURA

Ao longo do primeiro capítulo procede-se ao enquadramento teórico e empírico da presente dissertação de mestrado em Gerontologia Social. Neste sentido, serão abordados aspetos relacionados com o processo de envelhecimento, a gerontologia e gerontologia social, idadismo e qualidade de vida. Além disso, será utilizada a Perspetiva *Life-course* como “lente” enquadradora para uma leitura macro da experiência de desenvolvimento e envelhecimento humano.

1. Envelhecimento, Gerontologia e Gerontologia Social

O envelhecimento em Portugal tem ocorrido de forma progressiva e gradual. Desde 2001, a proporção de pessoas com 65 ou mais anos tem sido superior à da população com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos de idade, sendo que o grupo das pessoas mais velhas tem vindo a crescer de forma sistemática e o grupo dos jovens a diminuir progressivamente. Com efeito, de acordo com os censos de 2021, a população residente em Portugal nesse ano foi de 10.343.066 de pessoas, sendo que destas, mais de 2 milhões eram pessoas com 65 ou mais anos. Fazendo uma comparação entre os censos de 2011 e os censos de 2021 constata-se que a população de jovens (indivíduos com menos de 15 anos) diminuiu em 15,3%, enquanto a população idosa (indivíduos com mais de 65 anos) aumentou em 20,6% (INE, 2021). De acordo com a mesma fonte, o índice de envelhecimento em Portugal foi em 2021 de 182%, ou seja, existiam 182 adultos mais velhos por cada 100 jovens.

Para além disso, os dados demonstram ainda que praticamente um quarto da população portuguesa tinha em 2021 mais de 65 anos (23,4%), pelo que Portugal era nessa altura o terceiro país mais envelhecido do mundo. De acordo com os cenários de projeção do INE (2020), entre 2018 e 2080 espera-se que o número de pessoas idosas passe de 2,2 para 3 milhões, e espera-se que o índice de envelhecimento em Portugal aumente para 300%, ou seja, para 300 adultos mais velhos por cada 100 jovens. Assim, pode considerar-se que a questão demográfica é um elemento central no país. Vivemos um contexto em que Portugal se assume como um dos países mais envelhecidos da Europa e do mundo. Trata-se, por isso, de um dos desafios mais importantes da atualidade (Marques, 2016).

Sobre este assunto, Rosa (2012) propõe que o envelhecimento pode ser entendido a partir de duas perspetivas: o envelhecimento individual e o envelhecimento coletivo.

Relativamente ao envelhecimento individual, o mesmo distingue-se em envelhecimento cronológico e envelhecimento biopsicológico. O primeiro está diretamente relacionado com a idade e apesar de ser um processo progressivo, apresenta momentos de aceleração variável, levando a parecer que é a partir de determinada idade que o processo de envelhecimento se

desenvolve. O segundo é menos linear, não fixo na idade, vivido de forma diferente por cada pessoa e muito variável de indivíduo para indivíduo (Rosa, 2012).

Associada ao processo de envelhecimento individual encontra-se a fase de vida da velhice. Esta tem despertado valores diferentes na sociedade e nas pessoas na medida em que existem duas perspetivas: uma positiva e uma negativa. A visão positiva relaciona a velhice à longevidade extrema, a mais experiência, mais conhecimento e, para alguns, mais sabedoria. De facto, os conhecimentos dos mais velhos eram entendidos, em sociedades anteriores, como pertinentes para orientar os mais jovens. Atualmente, esta visão positiva encontra-se ligada ao privilégio de alcançar idades avançadas. Já a visão negativa associa a velhice à morte e destaca-a como sendo a última fase da vida, estando relacionada com a deterioração física, mental, isolamento, depressão, entre outros (Rosa, 2012).

Também Paúl (2005) refere que o envelhecimento individual se caracteriza como um processo heterogéneo, sendo que à medida que a idade avança as diferenças interindividuais aumentam. Com efeito, o processo de envelhecimento engloba a ocorrência de algumas mudanças na dimensão biológica, psicológica e social (Cerqueira, 2010). Segundo Fernández-Ballesteros (2004), o envelhecimento biológico caracteriza-se pela diminuição da capacidade de autorregulação do organismo com o avançar do tempo, sendo assim centrado nas alterações genéticas e de saúde (crescimento, estabilização e deterioração). Já o envelhecimento psicológico compreende a cognição, personalidade e condições emocionais, mas neste nem sempre se verifica um padrão desenvolvimental de declínio. Por fim, o envelhecimento social prende-se com os fatores culturais, sociais e étnicos que se baseiam na interação que o indivíduo estabelece com a sociedade e na estrutura social.

Neste sentido, e no que diz respeito ao envelhecimento coletivo, Rosa (2012) assinala que este incluiu duas dimensões: o envelhecimento demográfico e o envelhecimento societal. Relativamente ao envelhecimento demográfico, este decorre devido ao aumento do número de pessoas idosas (65 ou mais anos) e/ou da diminuição dos jovens (até 15 anos). Já o envelhecimento societal está relacionado com a redução da produtividade e a não renovação das gerações que leva a que a população estagne, acabando por provocar riscos ao nível da sustentabilidade. Deste modo, o envelhecimento societal aparenta ter uma ligação com o envelhecimento demográfico, no sentido em que pode resultar deste. No entanto, tal nem sempre acontece.

Nesta linha de pensamento, verificamos que a complexidade do processo de envelhecimento se reflete também no facto de não existir nenhuma teoria que, por si só, consiga explicar este fenómeno. Trata-se de um processo complexo que não se desenvolve exclusivamente a partir do ponto de vista da biologia, da psicologia ou da sociologia, mas do

conjunto de todas as disciplinas (Fernández-Ballesteros, 2004). Com efeito, surge neste contexto a Gerontologia - uma disciplina que provém das ciências biológicas, psicológicas e sociais. Esta, apesar de ser interventiva e atuar em contextos públicos e privados tem como objeto de estudo o processo de envelhecimento e as suas diferentes dimensões, tendo em conta os aspetos físicos, psicológicos e sociais, no velho, na velhice e no envelhecimento. Por outras palavras, a Gerontologia caracteriza-se por ser uma área de conhecimento que se constrói com base numa grande divergência de disciplinas, não sendo possível a sua conceptualização de forma isolada por cada uma destas, visto que para explicar o envelhecimento é fundamental referir as alterações biológicas, psicológicas e sociais (Fernández-Ballesteros, 2004).

Por sua vez, a Gerontologia Social, tal como a ciência mãe, dedica-se ao estudo do envelhecimento do ponto de vista bio-psico-social. Diferencia-se no ênfase concedido às bases sociais, que analisa de forma mais pormenorizada. Também se dedica ao estudo do impacto das condições socioculturais e ambientais no processo de envelhecimento, das consequências desses processos e das ações sociais que se podem desenvolver com o objetivo de melhorar o processo de envelhecimento (Fernández-Ballesteros, 2004). Assim, cabe à Gerontologia Social e sobretudo ao Gerontólogo Social responsabilizar-se pelo estudo dos impactos e consequências socioculturais e contextuais no processo de envelhecimento e nos indivíduos que se encontram a envelhecer, com o intuito de reunir esforços político-sociais optimizadores, beneficiando as pessoas mais velhas (Fernández-Ballesteros, 2004).

Apesar dos aspetos que as distinguem, a Gerontologia e a Gerontologia Social encontram-se interligadas e tal reflete-se, por exemplo, no foco sobre os ganhos na longevidade de forma positiva. Esta perspetiva é espelhada no conceito de Envelhecimento Saudável.

A OMS (2015) define o Envelhecimento Saudável como um processo de promoção e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar na velhice. Para entender este conceito de uma melhor forma importa definir capacidade funcional, capacidade intrínseca e ambiente.

Assim sendo, a capacidade funcional compreende os atributos que se relacionam com a saúde e que possibilitam que a pessoa seja e faça o que é mais importante para si. Integra ainda a capacidade intrínseca do indivíduo, o ambiente em que vive e as formas de interação das pessoas com o seu ambiente (Organização Pan-Americana da Saúde, 2022b). É composto pela (1) capacidade de satisfazer as necessidades básicas; (2) capacidade de aprender, desenvolver e tomar decisões; (3) capacidade de possuir mobilidade; (4) capacidade de construir e preservar relacionamentos; e a (5) capacidade de contribuir para a comunidade (OMS, 2015).

A capacidade intrínseca constitui a combinação de todas as capacidades físicas e mentais que uma pessoa pode usar. Esta engloba: a (1) capacidade locomotora (movimento

físico); (2) capacidade sensorial; (3) vitalidade; (4) cognição; e (5) capacidade psicológica da pessoa (OMS, 2015).

Por fim, os ambientes compreendem todos os fatores do mundo exterior que formam o contexto de vida dos indivíduos e as suas relações, ações e valores, políticas sociais e de saúde, os sistemas que as auxiliam e os serviços que prestam. Os ambientes englobam: (1) produtos, equipamentos e tecnologia; (2) áreas naturais ou edificadas; (3) apoio emocional; (4) atitudes, visto que podem ter uma influência tanto positiva como negativamente no comportamento do indivíduo; e (5) serviços, sistemas e políticas que podem propiciar uma melhor ou pior funcionalidade nas idades mais avançadas (OMS, 2015).

Segundo Afonso (2021), o ambiente assume uma grande importância na capacidade funcional mediante um determinado nível de capacidade intrínseca. Assim, é pertinente analisar a relação das pessoas com o ambiente a partir da noção de adaptação entre o indivíduo e o seu meio, considerando a dinâmica e a reciprocidade entre os indivíduos e os seus ambientes. Quanto melhor for essa relação, maior vai ser a possibilidade de promoção e manutenção da capacidade intrínseca e capacidade funcional dos indivíduos.

Segundo Ferreira et al. (2018), a capacidade funcional dos adultos mais velhos tem sido cada vez mais associada a uma melhor percepção de qualidade de vida, pois a limitação funcional influencia negativamente a mobilidade, interação social e autonomia, resultando numa pior percepção de qualidade de vida desses indivíduos. Neste sentido, ambientes amigos das pessoas mais velhas constituem um aspeto importante para o envelhecimento saudável. Uma revisão sistemática recente, realizada por Abud et al., (2022), concluiu que os dez determinantes para o envelhecimento saudável são: atividade física, dieta, autoconsciência, atitude, aprendizagem ao longo da vida, fé, apoio social, segurança financeira, envolvimento com a sociedade e independência. Segundo a mesma fonte, o envelhecimento saudável parece ser a consequência da otimização destes mesmos determinantes.

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (2022b), a década do envelhecimento saudável (2021-2030) propicia oportunidades para trabalhar em conjunto e aprimorar a capacidade funcional até 2030, com a participação e promoção da autonomia dos adultos mais velhos, sendo os seus principais objetivos: (1) mudar a forma como pensamos, sentimos e agimos em relação à idade e ao envelhecimento; (2) assegurar que as comunidades promovem as capacidades das pessoas mais velhas; (3) oferecer serviços de cuidados integrados e de atenção primária ajustados ao indivíduo e às pessoas mais velhas; e (4) garantir o acesso a cuidados de longa duração às pessoas mais velhas que deles necessitem.

2. Idadismo

Em linha com o primeiro objetivo da Década do Envelhecimento Saudável, a forma como pensamos sobre a idade representa um aspeto muito importante para a forma como as pessoas vivem e envelhecem pelo potencial de impacto que tem nas suas vidas. Com efeito, de acordo com o Relatório Mundial do Idadismo produzido pela OMS (2021), a idade constitui uma das principais características das pessoas. Assim, a probabilidade de irmos a sofrer de algum tipo de discriminação com base na idade é bastante elevada (Moreira, 2020).

O “idadismo” acontece quando a idade é utilizada para qualificar e dividir as pessoas de forma negativa provocando desvantagens e injustiças e deteriorando a solidariedade entre as gerações (Organização Pan-Americana da Saúde, 2022a).

O termo *ageism* (idadismo) foi introduzido por Butler no ano de 1969, que o definiu como sendo um processo de “estereótipos e discriminação sistemática contra as pessoas pelo facto de serem idosas, da mesma forma que o racismo e o sexismo o fazem com a cor da pele e o género” (p. 243). Na perspetiva de Palmore (1999), o idadismo consiste num preconceito ou numa forma de discriminação contra ou a favor de um grupo etário. Segundo a mesma fonte, a discriminação pode manifestar-se de forma pessoal pelos indivíduos ou de forma institucional quando a discriminação resulta da política de uma instituição ou organização. No mesmo sentido, Marques (2011) defende que o idadismo se refere às atitudes e práticas negativas generalizadas face aos indivíduos, baseadas somente numa característica - a sua idade.

Na literatura, o idadismo em relação às pessoas mais velhas apresenta uma origem multifacetada, sendo influenciado por três aspetos basilares: (1) o processo de categorização por idade; (2) a inatividade das pessoas idosas; e ainda (3) o predomínio da cultura e da juventude.

Relativamente à categorização por idades, Marques (2011) refere que quando se categorizam os indivíduos em determinados grupos, esta ação é influenciada pela forma como as sociedades constituem essas diferentes categorias e pelas representações que lhes estão associadas. No entanto, a classificação por idades é importante para compreender e organizar os papéis e os deveres dos indivíduos, apesar de poder ter resultados perversos, visto que pode tornar os indivíduos de uma mesma categoria muito semelhantes, contribuindo para o aumento dos estereótipos nesses grupos.

Em relação à (2) inatividade dos adultos mais velhos, a atribuição das pensões foi importante para a garantia de mais qualidade de vida. No entanto, o facto das pessoas desta faixa etária não contribuírem ativamente do ponto de vista laboral é encarado de forma negativa (Marques, 2011).

Por último, no que ao (3) predomínio da cultura e da juventude diz respeito, a mesma fonte defende que vivemos numa sociedade que privilegia o “novo” e a “mudança”. Um exemplo disso diz respeito ao avanço da tecnologia que parece estar mais relacionada com os mais jovens, uma vez que é nesta faixa etária que se investe na formação, acabando por manter uma imagem negativa das pessoas idosas em relação à tecnologia (Marques, 2011).

Assim, os adultos mais velhos são muitas vezes alvos de discriminação - unicamente pela sua idade cronológica (Costa, 2017), pelo que importa perceber em que dimensões este tipo de discriminação se manifesta.

2.1. As múltiplas dimensões do idadismo

O idadismo pode manifestar-se a vários níveis: a nível institucional, interpessoal e contra si próprio.

O que define o idadismo institucional são as leis, regras, normas sociais, políticas e práticas institucionais que limitam de forma injusta as oportunidades e afetam as pessoas em função da sua idade. O idadismo interpessoal ocorre a partir de interações entre dois ou mais indivíduos e o idadismo contra si próprio acontece quando determinadas atitudes são internalizadas pela pessoa e utilizadas contra si mesma (Organização Pan-Americana da Saúde, 2022a). Marques (2011) defende que o idadismo é definido sobretudo a nível institucional e cultural, na medida em que não se considera uma atitude negativa individualizada relativamente aos adultos mais velhos, mas espelha os valores culturais e práticas institucionais presentes na nossa sociedade.

Para além do exposto, são várias as formas pelas quais o idadismo pode ser demonstrado, desde mitos e estereótipos a práticas discriminatórias que se podem verificar no local de trabalho, nos serviços de educação ou nos serviços de saúde (Castro, 2007; Couto, 2007). Grefe (2010) acrescenta ainda que o idadismo se pode refletir na segregação que os grupos sociais fazem a partir de preconceitos e estereótipos, bem como no medo da morte e das perdas relacionadas com a idade mais avançada.

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (2022a), os indivíduos nem sempre se apercebem de que estão a ser idadistas, uma vez que essa forma de preconceito pode ser expressa de forma implícita ou explícita, variando em função do grau de consciencialização de cada população. Em relação ao idadismo explícito, os pensamentos, sentimentos, ações idadistas do indivíduo orientados contra si próprio ou contra os outros consideram-se conscientes e intencionais. No idadismo implícito, os pensamentos, sentimentos e ações

desencadeados pelos estereótipos de idade relativamente aos outros ou contra si próprio acontecem de maneira inconsciente (Organização Pan-Americana da Saúde, 2022a).

Importa ainda referir que as atitudes idadistas relativamente às pessoas mais velhas assumem três componentes: (1) estereótipos: crenças relativamente ao grupo das pessoas mais velhas, ou seja, refere-se na tendência para entender as pessoas de uma determinada idade como um grupo homogêneo, que se caracteriza por determinados traços negativos, como por exemplo a incapacidade e a doença; (2) preconceito: as atitudes idadistas encontram-se relacionadas com os sentimentos face ao grupo etário, pois o idadismo pode manifestar-se a partir de sentimentos de desdém em relação ao envelhecimento e às pessoas mais velhas; e (3) discriminação: uma componente comportamental relacionada com os atos de discriminação em relação aos adultos mais velhos, como é o caso dos abusos e dos maus-tratos (Marques, 2011). Na mesma linha, uma outra tipologia de classificação é apresentada por Lima (2010). O autor propõe que o idadismo tem uma componente afetiva (sentimentos relativos à pessoa idosa), uma componente cognitiva (pensamentos, crenças e estereótipos em relação aos adultos mais velhos) e uma componente comportamental (atitudes para com a pessoa idosa).

Assim sendo, os estereótipos são cognitivos, enquanto as atitudes se consideram essencialmente afetivas. Habitualmente os estereótipos negativos levam a atitudes negativas e, por sua vez, as atitudes negativas suportam estereótipos negativos. Segundo Palmore (1999) são nove os estereótipos que refletem o preconceito negativo face aos adultos mais velhos: a doença, a impotência sexual, a fealdade, o declínio mental, a inutilidade, o isolamento, a pobreza e a depressão. Portanto, este ato de discriminação caracteriza-se por ser a crença de algo negativo relacionado com a idade, levando a que as pessoas que fazem parte dessa categoria sejam excluídas pelo facto de terem uma idade mais avançada (Torres et al., 2016).

No entanto, Palmore (1999) refere que o idadismo também pode ser positivo. Apesar de pouco abordado na literatura, este tipo de idadismo é caracterizado por oito estereótipos positivos: a amabilidade, a sabedoria, o ser de confiança, a opulência, o poder político, a liberdade, a eterna juventude e a felicidade. O autor menciona ainda cinco áreas de discriminação positiva: a economia, a política, a família, a habitação e os cuidados de saúde (Palmore, 1999).

Mello et al., (2021) referem também que, associados à velhice, surgem estereótipos positivos e negativos que se relacionam com esta fase de vida. Deste modo, os estereótipos positivos associam-se à experiência de vida e sabedoria, e os estereótipos negativos passam pela ausência de atividade, doenças, incapacidade, tristeza, etc (Torres et al., 2015).

Também Neves (2012) refere que o processo de envelhecimento, para além de ser associado às transformações biológicas e psicológicas, também é determinado pela cultura e

contexto social onde a pessoa se encontra inserida. Assim, surgem frequentemente estereótipos e preconceitos relacionados com a velhice que terão influência na forma de tratamento para com os adultos mais velhos, bem como na forma como estes se podem perceber como velhos.

Deste modo, importa perceber o que são estereótipos e preconceitos. Para Monteiro e Santos (1999), os estereótipos consideram-se generalizações ou pressupostos em relação a certos grupos sociais ou comportamentos de grupos ou indivíduos específicos, que apresentam características parecidas, ou seja, caracterizam-se por serem um conjunto de crenças que oferecem uma imagem simplificada das características de um grupo ou dos membros desse mesmo grupo, contribuindo para a não identificação da unicidade da pessoa, a não reciprocidade e o autoritarismo em certas ocasiões (Martins & Rodrigues, 2004). Também Tortosa e Motte (2002) reafirmam esta ideia ao afirmar que os estereótipos diminuem as diferenças individuais e igualam todas as pessoas desta faixa etária, ignorando que cada adulto mais velho tem as suas próprias características, personalidade e forma de envelhecer.

Por outro lado, os preconceitos consistem numa resposta emocional ou um sentimento, positivo ou negativo, direcionado a um indivíduo tendo em conta o grupo ao qual pertence (Ilversen et al., 2009; Jhangiani et al., 2014) e contribui para a formação ou manutenção de relações hierárquicas entre os grupos (Dovidio et al., 2010). Na perspetiva de Teixeira et al., (2018), o preconceito pode ser definido como sendo uma atitude que engloba três componentes: (1) componente afetiva que se caracteriza pelas emoções sentidas e expressas acerca de um determinado grupo; (2) componente cognitiva que abrange estereótipos na forma de crenças e pensamentos sobre um grupo; e (3) componente comportamental que se reflete nas emoções e cognições que se demonstram a partir da intenção/ação de uma pessoa. Para a Organização Pan-Americana da Saúde (2022a), o preconceito consiste numa atitude emocional ou um sentimento, positivo ou negativo, dirigido a um indivíduo tendo em conta o grupo ao qual parece pertencer.

Nesta linha de pensamento, Marques (2011) sugere que os preconceitos se baseiam frequentemente em estereótipos, em caracterizações fixas e inflexíveis de um grupo de indivíduos, sendo, no geral, aplicados a grupos étnicos inferiores. Assim sendo, num processo de interação social, as pessoas tendem a refletir a imagem que têm de um determinado grupo nos seus comportamentos e reações (Ribeiro, 2007). Considerando que a imagem da velhice está rodeada de falsas crenças e contradições, os adultos mais velhos são frequentemente alvo de ideias preconcebidas e comportamentos estereotipados (Monotorio et al., 2002).

Assim sendo, os preconceitos diminuem as diferenças entre os indivíduos e têm tendência para homogeneizar todos os adultos mais velhos, ignorando as suas características

únicas e o seu percurso de vida (Tortosa & Motte, 2002). Porém, os estereótipos podem conduzir a um fenómeno de contração, ou seja, quando qualquer fenómeno que se observa nos mais velhos não corresponde ao estereótipo construído, existe uma tendência para recusa do mesmo. Os estereótipos negativos tendem também a afetar muitos profissionais que trabalham com os adultos mais velhos sem se aperceberem que podem repercutir-se de forma negativa em relação à autoestima das pessoas mais velhas, como também no desenvolvimento da sua personalidade (Magalhães et al., 2010). Scholl e Sabat (2008) defendem que, para que haja uma redução do impacto da ameaça do estereótipo, as pessoas precisam de experienciar uma sensação de controle percebido sobre a situação, que pode ser alcançada fornecendo às pessoas mais velhas mais autonomia nas suas decisões pessoais.

Para além disso, tal como é referido por Levy (2002) a partir de uma perspetiva psicossocial, quanto mais negativos forem os estereótipos acerca do envelhecimento, mais resistente vai ser a pessoa em conseguir aceitar-se como velha. De acordo com a mesma fonte, essa resistência pode ser uma forma de rejeição das realidades fisiológicas presentes no processo de envelhecimento, que pode ser inapropriada à saúde e pode provocar um sentido de identidade mais tardio na velhice (Dionigi, 2015).

Nesta linha de pensamento, a manifestação do preconceito relacionado com os estereótipos idadistas pode suceder-se a partir de dois pontos: de forma mais aberta e consciente ou de forma mais implícita e inconsciente (Lima & Vieira, 2019). Assim, o preconceito poderá ter influência no comportamento das pessoas, levando a que tenha determinadas atitudes (Loewenhaupt & Iglesias, 2018). Com isto, a autoavaliação negativa de si mesmo pode levar à criação de bases para que os mais velhos atuem de maneira preconceituosa contra as pessoas da mesma faixa etária. Deste modo, atitudes negativas contra o endogrupo identificam-se como autoidadistas, sendo um acontecimento que é visto a partir de duas perspetivas: (1) uma que aponta para fins favoráveis, uma vez que os adultos mais velhos podem aumentar a sua autoestima ao se desprenderem da identidade de velhos e idealizando comparações de si próprios com pessoas da mesma faixa etária que apresentam fragilidades, concedendo-lhes um *status* inferior ou (2) uma outra que se refere ao autoidealismo. Este desenvolve pontos de vista negativos sobre o endogrupo, afetando a autoperceção e conceções individuais acerca do envelhecimento (Bodner et al., 2015). Neste seguimento, as atitudes discriminatórias tendem a desenvolver-se com base nos sistemas de valores familiar e cultural e são reforçadas pelas experiências, informações e influências externas (Newman, et al., 1997).

Relativamente a Portugal, Marques (2011) salienta que o idadismo está ainda muito presente na sociedade. Com base no módulo de idadismo realizado no Inquérito Social Europeu (2008-2009) que incluiu mais de 55000 pessoas e representa, por isso, o primeiro grande estudo

comparável a nível internacional sobre as atitudes individuais e sociais face às diferenças etárias e ao idadismo, foi possível constatar que a discriminação face à idade é vista como uma das principais formas de discriminação sentida pelos portugueses, atingindo valores superiores quando comparada com a discriminação em razão do sexo ou da etnia.

Ainda em Portugal, esta forma de discriminação parece atingir maioritariamente as pessoas mais velhas: 20,8% dos indivíduos entre os 65 e 79 anos e 31,6% dos indivíduos com 80 ou mais anos manifestaram ter-se sentido discriminados em relação à idade (Marques, 2011).

Esta discriminação pode consubstanciar-se em situações de gerontofobia ou de infantilização. Na perspetiva de Goldfarb (2010), a gerontofobia consiste numa categoria dentro de um conjunto de preconceitos, estereótipos e discriminações e representa um procedimento inconsciente, fundamentado no medo e ódio irracionais contra as pessoas mais velhas, o envelhecimento e velhice. Por sua vez, a infantilização das pessoas idosas manifesta-se na ajuda excessiva, na fala infantilizada, na ausência de respeito perante as suas decisões das pessoas mais velhas e na desconsideração das suas opiniões. É relativamente comum que as pessoas mais velhas sejam abordadas no diminutivo e que as suas experiências e saberes sejam desvalorizados (Castro et al., 2020).

Nesta linha de pensamento, existem vários contextos em que este tipo de atitudes idadistas pode acontecer. Com efeito, a comunidade é dos principais contextos. A este respeito, Marques (2011) refere que a discriminação em relação aos adultos mais velhos encontra-se disseminada na comunidade e um exemplo bastante evidente são os símbolos usados para representar as pessoas com 65 ou mais anos nos centros comerciais, nos supermercados, nos parques de estacionamento ou nos transportes públicos. A mesma fonte faz referência ao sinal adotado na comunidade portuguesa que se caracteriza por ser uma pessoa curvada com uma bengala, sendo que em certos momentos, o rótulo “idoso” aparece relacionado com esta imagem, passando a ideia de que as pessoas idosas são todas assim. Outra das situações muito visível no seio da comunidade acontece quando alguma pessoa mais velha, numa situação de maior dependência, precisa de um apoio maior. Este apoio é muitas das vezes negociado pelas restantes pessoas da família, sendo o adulto mais velho “excluído” desta negociação. Quer isto dizer que este tipo de comportamentos demonstra que, apesar das famílias representarem um grande apoio às pessoas mais velhas, podem também transmitir a ideia negativa veiculada pela sociedade (Marques, 2011).

Outro tipo de discriminação idadista relaciona-se com os equipamentos sociais e com a institucionalização. Segundo Coelho (2018), as alterações verificadas nas dinâmicas familiares têm contribuído para que o papel principal na garantia do bem-estar e qualidade de vida das pessoas mais velhas passe progressivamente da família para as respostas sociais. O suporte

social informal vai dando lugar ao suporte formal (Oliveira, 2010) na garantia do bem-estar físico e cognitivo da pessoa com 65 ou mais anos. Esta transição consiste numa ocasião marcante na vida do adulto mais velho, procurando que a pessoa desta faixa etária se adapte a uma nova realidade. No entanto, uma má adaptação pode levar a que a qualidade de vida e o estado de saúde sejam afetados de forma negativa (Sun et al., 2021). Nestes contextos, os adultos mais velhos são, por vezes, alvo de tratamentos infantilizados, uma vez que os profissionais tendem a comparar as pessoas idosas a crianças, utilizando muitas vezes uma forma de comunicação designada por *elderspeak* (Samuelsson et al., 2013). Esta forma de discurso paternalista provoca efeitos negativos na autoestima dos adultos mais velhos institucionalizados (Marques, 2011).

Também nos serviços de saúde se registam estas e outras práticas discriminatórias. Na perspetiva de Braga (2023), isso é visível na forma como os profissionais de saúde comunicam, se comportam, como tomam decisões, bem como na qualidade do cuidado que oferecem. Com efeito, as pessoas mais velhas tendem a apresentar problemas de saúde considerados mais complexos em comparação com os mais jovens, com a presença de riscos maiores e de efeitos secundários adversos, e o simples facto de serem “pessoas mais velhas” leva a que os profissionais de saúde atribuam determinados sintomas à idade quando deveriam ser apenas problemas passíveis de tratamento adequado (Marques, 2011). Como referem Daniel et al., (2004) a competência para entender a história do paciente, o seu problema, o diagnóstico e a construção de um plano de tratamento desenvolver-se-ão se o terapeuta tiver competência para perceber a diversidade individual e cultural dos indivíduos.

Acreditar que envelhecer se considera sinónimo de adoecer conduz à utilização do termo “velho” como sinónimo de doente ou incompetente. A velhice não é representada pela incapacidade. No entanto, apesar desta fase de vida ser propícia a perdas ou diminuição da capacidade funcional, isso não quer dizer que os mais velhos não possam desenvolver uma vida serena. Todavia, a velhice possui a sua própria funcionalidade (Lima, 2010).

Por último, também se verificam práticas discriminatórias no setor dos meios de comunicação que podem ter um papel fundamental para sugestionar pensamentos relativos aos preconceitos e discriminação contra os mais velhos (Silva & França, 2015), contribuindo para a formação de uma imagem repleta de estereótipos negativos acerca do envelhecimento, impactando negativamente a autoestima, o bem-estar e o desempenho cognitivo das pessoas desta faixa etária (Organização Pan-Americana da Saúde, 2022a).

Júnior (2017) realizou um estudo onde procurou elaborar uma análise de conteúdo de notícias correntes nas capas de dois jornais portugueses. Verificou que os resultados demonstravam que a representação dos mais velhos pode ser considerada neutra, descritiva e negativa, acompanhada de adjetivos depreciativos. Por outras palavras, a representação

presente nos jornais apresentava as pessoas mais velhas como sendo frágeis, incapazes, injustiçadas e sofredoras. De facto, o idadismo pode revelar-se de formas subtis, “mascarado” por mensagens que aparentam ser positivas (Marques, 2011).

2.2. Principais estereótipos associados às pessoas mais velhas

De acordo com Marques (2011), a investigação mostra que desde os 6 anos de idade interiorizamos estereótipos relacionados com as pessoas mais velhas.

Um estudo realizado por Torres et al., (2016) verificou a presença de heterogeneidade nas atribuições feitas ao grupo das pessoas mais velhas, sendo este caracterizado a partir de categorias como “idoso culto”, “idoso depressivo”, “idoso implicativo”, “idoso positivo” e “idoso negativo”. Para além disso, os participantes mais velhos foram aqueles que classificaram os idosos como sendo um grupo homogéneo, ao invés dos adultos de meia-idade que os classificaram como sendo um grupo heterogéneo.

Por sua vez, uma investigação desenvolvida por Vieira e Lima (2015) procurou perceber junto de 393 estudantes universitários como é que estes caracterizavam os adultos mais velhos e como percebiam que a sociedade o fazia. Os autores verificaram uma dissociação de crenças em que os pontos de vista negativos (“doentes”, “frágeis”, “chatos”, “inúteis”) eram atribuídos à sociedade e os pontos de vista positivos (“amorosos”, “experientes”, “exemplares”, “úteis”) eram associados às perspetivas pessoais. Ou seja, as crenças pessoais relativamente aos adultos mais velhos eram maioritariamente positivas em comparação com as crenças coletivas que se consideravam maioritariamente negativas.

No mesmo seguimento, um estudo realizado por Torres et al., (2015) teve como objetivo descrever aproximações e distanciamentos sociais e crenças normativas do envelhecimento em diferentes grupos etários. Composto por 638 participantes que se dividiram por sexo e grupo etário (jovens de 14 a 18 anos, adultos de 19 a 59 anos e adultos mais velhos a partir de 60 anos), os resultados permitiram identificar um núcleo central das representações sociais acerca do envelhecimento assente em três elementos principais: sabedoria, experiência e reforma. Assim, a reforma caracterizava-se como sendo central para todos os grupos, uma vez que demonstra o momento máximo de sabedoria e, ao mesmo tempo, demonstra decadência. Tendo em conta as perceções dos participantes, é de referir que a fase da velhice é, no entender dos jovens e adultos mais velhos, acompanhada por perdas.

Globalmente, parece existir uma representação mista das pessoas idosas, ou seja, se por um lado, na literatura são identificados traços positivos (“afetuosas”, “sábias”, “maduros”,

“sociáveis”, etc), por outro lado, subsistem também traços negativos (“doentes”, “coitados”, “velhos”, etc) (Marques, 2011). O que frequentemente se constata é que tal pode acontecer devido ao contexto social em que as pessoas se inserem que pode desencadear perspetivas diferentes acerca do mesmo, pois como vimos anteriormente, o envelhecimento é marcado pela cultura.

Também Löckenhoff et al., (2009) realizaram uma investigação junto de 3435 pessoas de 26 culturas diferentes com o objetivo de comparar e contrastar o conteúdo de estereótipos de idade entre os países. Neste estudo, os estereótipos de idade transculturais positivos abarcavam conhecimento, sabedoria e respeito relativamente ao envelhecimento, enquanto os estereótipos negativos incluíam uma diminuição da atratividade e capacidade funcional para concluir as tarefas do quotidiano e de aprender coisas novas. Com efeito, tendo em conta os estereótipos de idade positivos e negativos relatados em todo o mundo, verificou-se que a maior parte das culturas entendiam o envelhecimento de forma negativa.

Já um estudo realizado nos EUA por Ng et al., (2015) teve como objetivo analisar se os estereótipos de idade se alteraram ao longo dos últimos dois séculos. Foram utilizadas técnicas de linguística computacional de forma a analisar as perspetivas dos mais velhos num banco de dados com mais de 400 milhões de palavras. Os autores verificaram que os estereótipos variaram de positivos para negativos durante os últimos 200 anos, muito possivelmente devido ao aumento da população com 65 ou mais anos ou a maior medicalização, por exemplo. Para além disso, o estudo ainda destaca que o reconhecimento dos adultos mais velhos como um grupo homogéneo marcado por uma série de fragilidades tem contribuído para a deterioração da imagem das pessoas desta faixa etária nos últimos anos. Ng (2021) alargou a investigação utilizando uma base de dados de 1,1 bilhões de palavras nos EUA e no Reino Unido, tendo observando que as descrições negativas sobre os mais velhos ultrapassavam em seis vezes as descrições positivas. O mesmo autor realça ainda que, as descrições negativas se centram essencialmente na dimensão física, em comparação com as positivas que se centram na dimensão comportamental.

Por outro lado, Marques (2011) ao analisar os dados do *European Social Survey* observou que os portugueses de todos os grupos etários veem os mais adultos mais velhos como sendo mais afetuosos do que competentes. Simultaneamente, resultados do inquérito do Instituto de Estudos Sociais e Económicos demonstraram que eram maioritariamente as pessoas com 65 ou mais anos que concordavam com a frase “burro velho não aprende línguas” e com o pensamento de que deveriam ser os adultos mais velhos, os primeiros a serem despedidos. De acordo com a mesma autora, os mais velhos aceitam e protegem ativamente o sistema social

que acreditam, um sistema que se baseia no facto de que as pessoas idosas se consideram inferiores e que devem ser deixadas para segundo plano em prol dos indivíduos mais jovens.

Posto isto, importa atender aos fatores determinantes e às consequências do idadismo.

2.3. Fatores determinantes e consequências do idadismo

De entre os fatores determinantes do idadismo, a investigação tem destacado os seguintes: a idade, o género, a escolaridade e a saúde física e mental.

Em relação à idade, à medida que as pessoas vão envelhecendo, a probabilidade de serem alvo de idadismo é maior (Marques et al., 2020). Gaeta et al., (2017) defendem que o preconceito em relação aos mais velhos se pode refletir na supervalorização da juventude como forma de beleza e dinamismo, o que leva à exclusão das pessoas mais velhas. Simultaneamente, a saída do mercado de trabalho tem constituído um dos principais determinantes do idadismo. Com efeito, Fernandes-Eloi et al., (2019) refere que o preconceito contra as pessoas idosas está presente nas sociedades ocidentais e no mundo laboral porque as pessoas mais velhas são entendidas como ultrapassadas, pouco competentes e menos flexíveis relativamente ao trabalho. Nesta linha de pensamento, a entrada na reforma marca, a nível social, a entrada na velhice e a alteração do papel social dos indivíduos para “idoso”. Tal significa que as alterações no contexto de trabalho ou na relação que o indivíduo estabelece com o mundo do trabalho (surgimento da reforma) poderão vir a traduzir-se em alterações ao nível do bem-estar psicológico e social, uma vez que o trabalho tem um papel fundamental na organização da atividade humana (Fonseca, 2012).

Na literatura, a reforma é entendida como um evento que comporta ganhos e perdas, cujo impacto, em termos adaptativos, irá depender dos fatores individuais, da relação que a pessoa estabelece com o contexto envolvente e da forma como tal ocorre. Para grande parte das pessoas, a reforma não assinala apenas o final de uma atividade profissional, mas também o fim de um período longo que marcou a vida, modificou os hábitos, definiu prioridades, entre muitos outros, podendo ser ao mesmo tempo um período de libertação e renovação ou um momento de sofrimento e perda (Ferreira, 2013).

Segundo Marques (2011), existe uma ideia generalizada de que é importante dispensar os trabalhadores mais velhos, pois, os mesmos apresentam uma menor abertura e interesse para os processos de aprendizagem, assim como baixa escolaridade. Esta ideia dificulta frequentemente a sua reintegração no mercado de trabalho após situações de perda de emprego. Fazendo referência aos dados do Eurobarómetro especial 71.2, em relação às práticas

discriminatórias na União Europeia, a mesma fonte verificou que a idade é o principal motivo de exclusão nas entrevistas de emprego (48%). A autora salienta ainda o facto desta ideia ser reducionista porque, em termos económicos, poderão ocorrer situações em que os trabalhadores mais velhos sejam os veículos para a criação de riqueza e de postos de trabalho. Assim, não existe fundamento científico que comprove que as pessoas mais velhas se caracterizam como menos produtivas e menos recetivas à evolução, sabendo-se apenas que determinadas tarefas exigem mais destreza física que outras. Assim, a idade não deveria representar um “peso”, visto que os adultos mais velhos constituem um potencial humano decisivo, pois são detentores de experiência e deveriam ser vistos como uma mais-valia para o sucesso coletivo (Rosa, 2012).

Em relação ao género, existe uma desigualdade entre as mulheres e os homens no que diz respeito à esperança média de vida, ou seja, as mulheres tendem a apresentar vidas mais longas o que faz com que a grande proporção de mulheres com idades avançadas determine a feminização da velhice em Portugal. Esta situação pode levar a que as mulheres sejam, mais frequentemente, discriminadas a partir de preconceitos gerontofóbicos e sexistas (Salgado, 2002; Almeida et al., 2015). Para além disso, Griffin et al., (2012) salientam que as mulheres e os homens dispõem de experiências de trabalho distintas. O trabalho é mais central para o homem do que para a mulher, diferença que pode afetar a atitude no que concerne à reforma, por exemplo. De facto, um estudo desenvolvido no Canadá por Hurd Clarke e Korotchenko (2015) com indivíduos do sexo masculino entre os 65 e os 89 anos, concluiu que os homens sofrem menos de preconceito devido à sua posição social privilegiada. Já um estudo desenvolvido por Ribas e Pontes (2010) que procurou analisar as perceções das pessoas mais velhas acerca da ocorrência de episódios de discriminação concluiu que em relação à percepção da discriminação, homens e mulheres parecem perceber a discriminação de maneira idêntica. Porém, quando considerados itens individuais verificou-se um maior nível de discriminação no caso das mulheres relativamente à afirmação “Alguém supôs que eu não compreendia bem devido à minha idade”.

Neste seguimento, vários autores (Chonody, 2016; Spedale et al., 2014; Jyrkinen, 2014) referem que existe também uma forte ligação entre o género e a idade. Bodner et al., (2012) realizaram um estudo com objetivo de analisar as diferenças de idade e género em relação ao preconceito de idade ao longo do ciclo da vida. O estudo contou com 955 participantes divididos por três faixas etárias: jovens (18-39 anos), meia-idade (40-67 anos) e velhice (68-98 anos) e concluiu que os participantes de meia-idade demonstraram ser mais idadistas do que os jovens e que os homens praticavam atitudes mais estereotipadas em relação aos adultos mais velhos em comparação com as mulheres. Os autores explicam este aspeto pelo facto de as mulheres,

na sua maioria, serem associadas ao cuidado das crianças e representarem uma figura de vinculação para os seus filhos e pais (Cicireli, 2010). No grupo dos adultos mais velhos, os participantes entre os 81 e os 91 anos relataram percepções mais estereotipadas quando comparados com os participantes entre os 68 e 73 anos, o que pode ter a ver com um efeito geracional. Em síntese, a idade dentro de cada grupo não foi considerada um fator significativo, enquanto o género se revelou como um fator relevante.

Outro dos fatores que se relaciona com a percepção acerca da discriminação relativa à idade consiste no nível de escolaridade e formação, uma vez que o conhecimento que as pessoas mais velhas possuem acerca do processo de envelhecimento determina a sua percepção da discriminação com base na idade (Fernandes et al., 2012). Um estudo desenvolvido por Officer et al., (2020) com o objetivo de investigar a ligação entre o preconceito de idade e possíveis fatores explicativos verificou que existe uma associação entre níveis mais altos de educação e níveis mais baixos de preconceito de idade. Este aspeto tem sido apoiado por outros estudos que demonstraram que as populações mais instruídas são aquelas que menos tendem a ter percepções negativas relacionadas com os mais velhos (Abrams et al., 2015). De forma a complementar esta informação, podemos considerar o estudo desenvolvido por Álvarez-Darte et al., (2016) que pretenderam analisar a relação entre estereótipos idadistas e vários indicadores sociodemográficos e experienciais. O estudo contou com 350 jovens e adultos, sendo que os autores concluíram que a escolaridade aparenta ser uma variável relevante para explicar as condições negativas presentes nos jovens e adultos acerca da velhice, uma vez que os participantes com nível de escolaridade superior apresentaram um grau menor de estereótipos idadistas.

Para além do exposto, um dos aspetos negativos que naturalmente se associa ao envelhecimento é a doença/patologia (Aguiar et al., 2019), o que leva a considerar a saúde um fator determinante do idadismo. Neste âmbito, Fernandes (2012) procurou analisar a percepção da discriminação acerca da idade de adultos mais velhos institucionalizados e não institucionalizados. Contou com cerca de 698 participantes, tendo-se verificado que os participantes que tinham uma percepção má ou muito má da sua saúde percecionavam com mais frequência situações de discriminação em relação à idade. Este aspeto pode acontecer pela manutenção dos estereótipos que se formulam em torno do envelhecimento, pelo que quanto melhor for a percepção de saúde que a pessoa mais velha demonstrar, menor vai ser a sua percepção de discriminação. Uma meta-análise desenvolvida por Lamont et al., (2015) e baseada em 37 estudos relativos à ameaça e aos efeitos do estereótipo com base na idade, permitiu verificar que a ameaça do estereótipo afeta de forma negativa o desempenho dos mais velhos,

sendo que isso se verifica mais ao nível da memória e domínio cognitivo do que ao nível do desempenho físico, onde os resultados se demonstraram menos significativos.

Por sua vez, Leung et al., (2011) referem também que o idadismo se pode manifestar ao nível das decisões de tratamentos médicos, impactando negativamente a qualidade do cuidado prestado junto dos mais velhos. Nesta linha, um estudo desenvolvido por Ferreira (2021) analisou a existência de manifestações de idadismo em contexto de saúde, especificamente no caso de mais de 500 médicos portugueses de várias especialidades. A autora verificou que o nível de idadismo global observado nos cuidados de saúde se considerava baixo. No entanto, verificaram-se situações em que a perceção acerca do idadismo nos cuidados de saúde era alta: a partir de uma discriminação direta (exclusão dos mais velhos de programas de custo elevado), discriminação indireta (cancelamento de tratamentos/exames ou proposta de intervenções menos completas) e tratamento diferente dos adultos mais velhos face aos mais jovens.

Com efeito, os obstáculos no acesso a determinados serviços caracterizam-se como formas negativas de tratamento, com consequências por vezes graves na saúde das pessoas idosas (Marques, 2016). Um exemplo desta situação ocorreu durante a pandemia Covid-19, onde o preconceito perante os mais velhos foi visível, principalmente ao nível dos serviços de saúde, visto que os profissionais desconsideravam, por vezes, os mais adultos mais velhos, dando preferência aos mais jovens (Castro et al., 2020).

Com isto, é possível verificar que, de entre os fatores que aumentam o risco de os indivíduos serem vítimas de idadismo, se destaca o aumento da idade, a dependência de cuidados, a doença e o trabalho em profissões menos qualificadas (Organização Pan-Americana da Saúde, 2022a).

Por outro lado, um dos fatores que diminui o risco de idadismo diz respeito ao contacto intergeracional. Segundo Marques et al., (2020) o contacto que se estabelece com os indivíduos mais velhos parece ser o determinante mais significativo do preconceito de idade dirigido a outros. Com efeito, na sequência de uma revisão sistemática que reuniu estudos empíricos que investigavam os principais determinantes de preconceito de idade contra as pessoas idosas, os autores verificaram que a maior parte dos estudos identificados analisavam a frequência do contacto com os adultos mais velhos em comparação com a qualidade desses contactos, comprovando a crença de que o contacto com os mais velhos é suficiente para minimizar o preconceito de idade.

De facto, os estereótipos que são enraizados nos jovens vão-se agravando à medida que a pessoa vai crescendo e interiorizando este preconceito, sendo as atitudes idadistas muito comuns no nosso quotidiano (APAV, 2020). Esta perspetiva negativa poderá ter como consequência a forma como se determinam as relações entre ambas as gerações (Torres et al.,

2016), sendo que uma das causas para que isso aconteça é a falta de conhecimento entre as mesmas que provoca um aumento das atitudes negativas (Villas-boas et al., 2017). Todavia, existem várias formas de combater a discriminação, sendo que uma delas pode ser idealizada a partir do contacto entre as gerações. Dito de outro modo, a partilha de conhecimentos entre jovens e adultos contribui para reduzir os estereótipos contra os adultos mais velhos (APAV, 2020). Neste sentido, um estudo realizado por Pereira (2022) analisou a perceção que os jovens têm acerca dos mais velhos, mais concretamente a forma como os estereótipos interferem nas relações dos jovens com os adultos mais velhos. A partir dos resultados foi possível concluir que os entrevistados reconhecem a existência de vantagens para ambas as gerações - aspeto que acontece devido à partilha de conhecimentos e sugere que o convívio intergeracional é benéfico para o bem-estar.

No entanto, importa ter em consideração que os preconceitos e os estereótipos apresentam consequências sobre a vida dos indivíduos (Vieira & Lima, 2015). Como vimos anteriormente, os estereótipos refletem-se na maneira como pensamos, os preconceitos na forma como nos sentimos e a discriminação no modo como atuamos, pelo que o idadismo se revela prejudicial para o indivíduo e para a sociedade (Organização Pan-Americana da Saúde, 2022b).

Numa sociedade onde se verifique uma sobrevalorização da juventude e da produtividade, a imagem da pessoa idosa passa precisamente pelo contrário, ou seja, pela improdutividade, apatia, cansaço, doença, etc (Vieira & Maciel, 2020). Neste sentido, é possível considerar que os estereótipos impactam o bem-estar das pessoas, excluindo-as e dificultando o seu desenvolvimento, o que leva a que a pessoa idosa não experiencie o processo de envelhecimento de forma positiva (Organização Pan-Americana da Saúde, 2022a).

Uma consequência grave do idadismo consiste no facto deste não só desencadear uma atitude negativa relativa ao comportamento dos mais jovens para com os mais velhos, como também faz com que as próprias pessoas mais velhas olhem para si mesmas como incompetentes e incapazes (Fonseca, 2006). Neste sentido, outra das principais consequências relacionadas com o preconceito e estereótipos diz respeito à criação de barreiras entre as gerações (Villas-Boas et al., 2017). Tal traduz-se num conjunto de desvantagens, particularmente para as pessoas mais velhas.

Para além do exposto, o idadismo também provoca determinadas consequências em termos de saúde (Organização Pan-Americana da Saúde, 2022a). De forma a comprovar esta situação, a mesma fonte faz referência a uma revisão sistemática de Chang et al., (2020), onde se procurou analisar o impacto do idadismo na saúde a nível mundial. A revisão demonstrou que o idadismo, os estereótipos, os preconceitos e a discriminação afetam a saúde e o bem-estar

das pessoas mais velhas. No geral, esta investigação destaca o impacto do idadismo em três níveis: (1) na saúde física, provocando junto dos mais velhos dificuldade na recuperação de acontecimentos incapacitantes; (2) na saúde mental, uma vez que o idadismo contribui para o desenvolvimento de situações psiquiátricas que provocam sofrimento; e (3) no bem-estar social, provocando perdas nas relações e interações sociais e conduzindo a um maior risco de isolamento e solidão e, consequentemente, ao risco de violência e abuso dos idosos.

Sobre este assunto, Levy (1996) realizou um estudo com intuito de verificar a relação entre a saúde cognitiva e os estereótipos de idade, acabando por concluir que os participantes que foram implicitamente alvos de estereótipos de idade negativos tiveram a memória prejudicada, quando comparados com aqueles que foram iniciados com estereótipos de idade positivos que, pelo contrário, tiveram a memória melhorada. A partir deste estudo, o autor concluiu que os estereótipos de idade podem influenciar os adultos mais velhos no desempenho cognitivo, sendo que esse processo pode decorrer de maneira implícita. Refere ainda que a influência que os estereótipos têm na saúde pode variar em função da cultura.

Por sua vez, Amaro (2012) refere que a investigação acerca dos efeitos a longo prazo das auto-perceções em relação ao envelhecimento tem permitido verificar que os indivíduos que tinham atitudes mais positivas revelavam uma melhor saúde funcional em comparação com os indivíduos que apresentavam uma visão mais estereotipada acerca do envelhecimento. Na mesma linha, Lima (2010) refere que as atitudes negativas face ao envelhecimento apresentam uma proeminência nas sociedades contemporâneas que se reflete na qualidade de vida das pessoas, visto que a discriminação afeta o bem-estar dos adultos mais velhos a nível económico, psicológico e social, excluindo-os e denegrindo-os.

Também Palmore (1999) assinala que os principais efeitos que podem advir do idadismo se refletem na discriminação no emprego e na aceitação da imagem negativa. Na primeira é visível a recusa da contratação e promoção de pessoas mais velhas, visto que é dada preferência aos trabalhadores mais jovens. Relativamente à segunda, as vítimas de preconceitos e discriminação tendem a aceitar e adotar a imagem negativa do grupo dominante, acabando por se comportar da mesma forma. A partir disso, determina-se aquilo que o adulto mais velho pode ou não fazer, sendo que tal pode acarretar custos pessoais junto dos mais velhos, como por exemplo não ter atividade sexual, improdutividade, etc. Esta situação pode provocar uma redução na autoestima e nas capacidades pessoais, bem como deterioração da saúde física e mental. Por outras palavras, a absorção de comportamentos negativos relacionados com o envelhecimento e a velhice afetam a autoconfiança dos adultos mais velhos e estão associados a prejuízos no bem-estar e qualidade de vida (Lima, 2010).

Também para Mello et al., (2021) é claro que o idadismo impacta os adultos mais velhos e os indivíduos de outras faixas etárias, demonstrando-se a partir de pontos de vista negativos relativamente às pessoas desta faixa etária. É com esse tipo de preconceitos que os mais velhos deixam de ser reconhecidos individualmente, passando a serem vistos como um grupo homogêneo. Isto leva a que as pessoas idosas neguem o seu próprio envelhecimento, procurando evitar o olhar negativo e os resultados sociais desse processo.

De facto, não é por pessoa se encontrar na fase da velhice que não possui capacidade para conseguir cuidar e zelar pela sua própria vida (Pimentel et al., 2016). Rosa (2012) defende que as pessoas mais velhas não devem ser vistas como inativas, mais pobres ou menos instruídos em comparação com outras faixas etárias, uma vez que tal não passa de uma ideia pré-concebida. Na realidade, este grupo populacional desempenha um papel ativo e muito relevante na sociedade atual.

Por fim, importa assinalar que, tal como reconhecido pelos Estados-membros da OMS em relação à estratégia e plano de ação global acerca do envelhecimento e saúde na Década do Envelhecimento Saudável 2021-2030, o idadismo tem influência na saúde e no bem-estar dos indivíduos, sendo um grande obstáculo para que sejam reconhecidas políticas eficientes e estabelecidas medidas que propiciem o envelhecimento saudável (Organização Pan-Americana da Saúde, 2022a).

2.4. Representações sociais e auto-perceção do envelhecimento

Numa sociedade cada vez mais envelhecida, as representações sociais que se formulam impactam consideravelmente o processo de envelhecimento uma vez que representam a maneira como a sociedade caracteriza a velhice (Neves, 2012). Assim, as representações sociais da sociedade podem conduzir ao desenvolvimento de atitudes preconceituosas direcionadas às pessoas desta faixa etária (Leite, 2014). Importa referir que as representações sociais se baseiam na interação entre as pessoas, sendo um conjunto de relatos e ideias comuns a um certo grupo de indivíduos (Neves, 2012).

A idade pode ser entendida como forma de divisão. No que diz respeito à velhice, esta tende a ser entendida como um grupo homogêneo de pessoas com doenças crónicas, incapacidades, com alterações cognitivas e com necessidades e experiências semelhantes. Essas percepções, muitas vezes, são reforçadas por crenças pessoais e sociais (Hulko et al., 2020). No entanto, a OMS (2015) defende que não existe um “idoso típico”, visto que a idade não se considera um determinante da personalidade ou de qualquer particularidade

peçoal/individual. Cada pessoa deve ser tratada de maneira individual, com o intuito de prevenir generalizações e estereótipos sobre os mais velhos. Assim, encontramos-nos perante um paradoxo, porque apesar das pessoas mais velhas viverem mais e com melhorias na qualidade de vida, também são propensas a várias situações de preconceitos (Castro et al., 2020).

Deste modo, e tal mencionado anteriormente, o envelhecimento nem sempre é percecionado de forma positiva, uma vez que os adultos mais velhos são entendidos pela sociedade como sendo um “peso”, surgindo ideias negativas sobre as pessoas desta faixa etária (Ferreira et al., 2006) por parte dos adultos mais velhos, adultos e jovens (Vieira & Pimentel, 2016). Uma das ideias negativas mais frequentemente associada aos mais velhos é a existência de doença/patologia (Aguiar et al., 2019). Porém, a velhice não se considera sinónimo de incapacidade. Pelo contrário, é uma fase da vida composta por ganhos e perdas, sendo que o ambiente, o contexto familiar ou a rede de apoio podem fazer variar o nível de dependência ou os cuidados dirigidos às pessoas desta faixa etária (Araújo et al., 2018).

A este propósito, Silva (2011) realizou um estudo em Portugal onde procurou analisar as representações sociais da velhice em diferentes gerações. Esta investigação, que contou com 160 participantes (adolescentes, jovens-adultos, meia-idade e velhice), concluiu que a perspetiva multidimensional da velhice se vai tornando mais negativa à medida que a idade dos participantes aumenta. Mais especificamente, os jovens adultos apresentam uma visão neutra ou positiva sobre a velhice. Na meia-idade esta visão tende a piorar, acabando por ser mais negativa na velhice. O mesmo autor identificou também três princípios organizadores das representações sociais sobre a velhice: (1) o primeiro, fundamentado pelos adolescentes, evidencia uma representação da velhice relacionada com as representações físicas, onde a aparência representa um aspeto primordial; (2) o segundo, expresso pelos adultos, caracteriza a velhice em torno da desigualdade entre o trabalho e o lazer, visto que o tempo livre e a desvinculação das responsabilidades profissionais manifestam relevância; e (3) o terceiro, mencionado pelas pessoas idosas, expressa a representação da velhice em torno da saúde *versus* doença, onde a preocupação se centra no bem-estar e no estado de saúde da pessoa.

No mesmo seguimento, Rosa et al., (2023) realizaram um estudo que teve como objetivo analisar as representações sociais do envelhecimento ao longo do ciclo de vida, tendo em conta as crenças acerca do que é envelhecer e a imagem da velhice. Este estudo contou com 16 participantes (4 crianças, 4 adolescentes, 4 adultos e 4 adultos mais velhos), sendo que a análise dos dados permitiu a identificação de pontos de vista comuns em todas as faixas etárias, dando destaque ao olhar negativo relativamente ao processo de envelhecimento, à velhice e ao “ser velho”. As crianças baseiam-se nas falas e visões dos adultos para construírem a sua

representação social acerca dos adultos mais velhos. Os adolescentes e os adultos destacam uma visão já formulada em relação aos adultos mais velhos dando ênfase aos aspetos negativos. Os adultos mais velhos caracterizaram o processo de envelhecimento com base na sua velhice, destacando maioritariamente os aspetos negativos e pouco os aspetos positivos. Verificou-se ainda que a representação social acerca do envelhecimento afeta de forma direta a aceitação deste processo e a dignidade da pessoa.

A investigação parece, portanto, sugerir que existem dados científicos que contrariam e contestam as representações sociais em relação ao processo de envelhecimento, no entanto, são as representações e as imagens negativas que tendem a prevalecer (Marques, 2016).

Neste contexto, torna-se particularmente relevante compreender a perceção que as pessoas mais velhas têm acerca da velhice e do processo de envelhecimento. De facto, a auto-perceção do envelhecimento caracteriza-se por ser um construto multidimensional que abrange a perceção que as pessoas possuem relativamente à sua idade e ao seu processo de envelhecimento (Levy, 2003; Sneed & Whitbourne, 2005 como citado em Kotter-Grün e Hess, 2012).

Nesta linha de pensamento, a perceção do envelhecimento e a auto-perceção da idade são em parte modelados pelas relações dinâmicas estabelecidas com os sistemas sociais e culturais. No entanto, a maneira como cada ser humano perceciona o seu processo de envelhecimento pode ser considerada a chave que determina uma boa ou má adaptação à velhice, pelo que o envelhecimento deve ser visto numa ótica multidimensional e multidirecional que engloba um equilíbrio entre perdas e ganhos (Pereira, 2013).

À semelhança de outros fatores psicossociais, Kotter-Grühn et al., (2009) referem que a auto-perceção do envelhecimento poderá encontrar-se ligada a quatro aspetos, sendo eles: (1) comportamentos que propiciem ou coloquem a saúde em risco; (2) processos fisiológicos; (3) tendências referentes aos desafios relacionados com a idade mais avançada; ou (4) uma diferente exposição a fatores de riscos ambientais.

Existem vários estudos que se versam sobre a análise da auto-perceção do envelhecimento, bem como pelo estudo do impacto dos estereótipos na auto-perceção do envelhecimento e no bem-estar (Fernandes, 2014). A título de exemplo, Kotter-Grühn e Hess (2012) analisaram os indicadores de auto-perceção de envelhecimento durante a vida adulta e a influência dos estereótipos de idade sobre a auto-perceção do envelhecimento. Os autores puderam concluir que a ativação de estereótipos negativos causou efeitos menos positivos em vários indicadores de auto-perceção do envelhecimento, ou seja, as pessoas com 65 ou mais anos que apresentavam boa saúde sentiam-se mais velhas e referiam o desejo de possuir uma

idade mais nova. Assim, pressupõe-se que a antecipação de mudanças negativas relacionadas com a idade aumenta o desejo de não chegar à velhice, ou de não envelhecer.

Também Levy et al., (2002) procuraram perceber se as auto-percepções sobre o envelhecimento tinham influência na longevidade. A partir dos resultados obtidos verificou-se que as auto-percepções positivas do envelhecimento contribuíam para que o indivíduo possuísse uma vida mais longa, visto que estas pessoas viviam mais 7,6 anos em comparação com aquelas que apresentavam percepções mais negativas. Para além disso, este estudo demonstrou ainda que existe um número de indivíduos que consegue lidar com sucesso com a presença de estereótipos. Em síntese, os autores concluíram que as auto-percepções negativas podem reduzir a esperança média de vida, ao passo que as positivas podem prolongá-la.

Silva et al., (2012) realizaram igualmente um estudo que procurou investigar as atitudes dos adultos mais velhos em relação à velhice pessoal e ao seu bem-estar psicológico, assim como a relação existente entre estas variáveis. Os autores concluíram que os adultos mais velhos que apresentavam maior domínio do seu ambiente, maior controlo, maior crescimento, mais desenvolvimento das suas aptidões e um propósito de vida possuíam uma percepção mais positiva da velhice e sentiam-se mais satisfeitos e comprometidos numa vida mais ativa.

Por sua vez, um estudo realizado por Jardim et al., (2019) que procurou conhecer o olhar do adulto mais velho a respeito do processo de envelhecimento concluiu que dois adultos mais velhos relacionaram a velhice a uma fase má da vida devido à presença das doenças, limitações e mudanças no corpo. Os outros oito adultos mais velhos encaravam a velhice de uma forma mais positiva. Assim, e apesar da visão negativa e homogeneizadora acerca da velhice, os adultos mais velhos entrevistados, de forma geral, vivenciavam o processo de envelhecimento de maneira diferente e evidenciavam a velhice como sendo uma fase de prazer, não sendo percebidos conflitos, frustrações ou dramaticidade na forma como experienciavam a velhice.

Nesta linha de pensamento, Sneed e Whitbourne (2005) defendem que níveis elevados de auto-percepções positivas acerca do envelhecimento se consideram sinais de resiliência e de uma adaptação bem-sucedida face aos stressores físicos, psicológicos e ambientais que decorrem com o avançar da idade. No entanto, Pereira (2013) defende que com o avançar da idade, a pessoa atinge mais perdas e mudanças negativas numa grande variedade de domínios. Neste sentido, uma redução nas auto-percepções positivas sobre o envelhecimento assinala que os processos que se encontram relacionados com o *self* e que auxiliam na manutenção de auto-percepções positivas já não conseguem, a partir de determinado momento, neutralizar as perdas nos vários domínios.

As percepções levam a que os indivíduos pensem de uma determinada forma e influenciam as metas que querem alcançar no futuro, bem como aquilo que pretendem com o

seu processo de envelhecimento (Fonseca, 2016). Assim, a auto-percepção do envelhecimento diferencia-se de indivíduo para indivíduo, sendo sentida e pensada por cada um e descrita de forma variada pelos que entendem a qualidade de ser-se velho (Silva, 2012).

Em suma, na sociedade, as crenças que se formam acerca dos adultos mais velhos, na sua maioria, incidem sobre os aspetos negativos da velhice e acabam por se tornar prejudiciais na medida em que influenciam negativamente a forma como as pessoas mais velhas vivenciam esta fase de desenvolvimento em termos de autoestima, autoimagem e bem-estar psicológico. No entanto, as atitudes positivas contribuem para a adaptação face às incapacidades e perdas inerentes à velhice, constituindo-se como um recurso de *coping* que atenua as desigualdades dos fatores stressantes e potencia o ajustamento à realidade em que se encontram inseridos (Silva et al., 2012).

Neste sentido, importa salientar a importância das estratégias de combate à discriminação idadista. Estudos recentes consideram que é fundamental investir progressivamente nesta área, sendo primordial o combate aos estereótipos de orientação negativa que se mantêm na sociedade atual. Magalhães et al., (2010) sugerem, a este propósito, o seguinte: (1) a nível político-social, a construção e implementação de um Plano Nacional de Gerontólogo com a função de promover uma imagem positiva do ser-se adulto mais velho, por exemplo; (2) maior difusão a partir dos *mass media* de medidas que potenciem imagens positivas relativamente ao envelhecimento, maior reconhecimento público da autoridade, da sabedoria, da produtividade, bem como outras contribuições de extrema importância em relação às pessoas desta faixa etária; (3) a modificação da atual forma de difusão por parte da maioria dos *mass media* com o objetivo de incluir, expor e destacar a heterogeneidade e a multi-direcionalidade de qualquer grupo de pessoas com 65 ou mais anos, sem recorrer à utilização de conteúdos discriminatórios; e (4) o envolvimento da comunidade científica na abordagem das temáticas gerontológicas/geriátricas, quer a partir dos *mass media*, quer a partir de fóruns, congressos, entre outros, de forma a desmitificar as conceções erradas e injustificadas e credibilizar a veiculação da informação. Estas sugestões são, na perspetiva dos autores, essenciais para promover o bem-estar das pessoas mais velhas, assim como para garantir que todas as pessoas têm condições para envelhecer com dignidade e qualidade de vida.

3. Qualidade de vida: conceito e fatores determinantes em pessoas mais velhas

A investigação sobre a Qualidade de Vida tem vindo a aumentar progressivamente, com especial destaque a partir da década de 80/90 (Correia, 2013). Tal contribuiu para a proliferação de várias definições (Marques, 2018). Uma das definições mais consensuais foi desenvolvida

pela OMS, que definiu a qualidade de vida como a interpretação da pessoa acerca da sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e princípios nos quais se insere relativamente aos seus objetivos, esperanças, padrões e expectativas (WHOQOL Group, 1994). Esta definição deu lugar ao instrumento WHOQOL-100 e, de seguida, a uma versão mais sucinta - o WHOQOL-Bref que abarca quatro domínios (físico, psicológico, relações sociais e ambiente).

Durante um longo período, o conceito de qualidade de vida esteve relacionado com o conceito de saúde desenvolvido pela OMS em 1948 que referimos anteriormente. Dito de outro modo, entendia-se a qualidade de vida como um estado completo de bem-estar físico, mental e social, pelo que as iniciativas relativas à promoção da saúde começaram a englobar o bem-estar e a qualidade de vida das pessoas (Afonso, 2021).

Na perspetiva de Neri (2005), a qualidade de vida é um conceito complexo que abarca várias dimensões. Por seu turno, Fleck et al., (2008) defendem que a qualidade de vida se caracteriza por ser um conceito subjetivo, complexo e multidimensional definido pela perspetiva da pessoa e por aspetos ambientais e biológicos. Os autores salientam que se trata de uma ideia dinâmica que varia com o passar do tempo, englobando as expectativas, os interesses e as perceções do indivíduo em cada fase da vida.

Fonseca (2005) defende ainda que a qualidade de vida pode ser conceptualizada a partir de dois componentes: a componente objetiva (condições de vida) e a componente subjetiva (satisfação individual com as condições de vida). No caso das pessoas mais velhas, a qualidade de vida está relacionada com a perspetiva do próprio indivíduo, sendo por isso subjetiva e multidimensional, dependendo de fatores como o estado de saúde, rede social e familiar, condição económica e atividades de lazer (Santos & Sousa, 2015). Deste modo, a qualidade de vida pode ser considerada um dos principais indicadores da condição de vida dos mais velhos (Fonseca, 2005).

Por fim, importa considerar que a preocupação com a qualidade de vida é cada vez maior. Se as pessoas vivem mais tempo, é fundamental que o façam com dignidade, bem-estar e de um modo saudável. É importante acautelar o aparecimento de doenças e garantir a qualidade de vida ao nível físico, psicológico, psíquico e social (Carvalho & Dias, 2011).

Nesta linha, sabendo que a velhice é vivida de modo distinto por cada indivíduo (Santos & Sousa, 2015), a qualidade de vida das pessoas mais velhas irá depender de vários aspetos, desde fatores internos, tais como a atitude emocional perante acontecimentos de vida, a fatores externos do sujeito, como sendo as condições e recursos ambientais (Xavier et al., 2003).

A este propósito, Fonseca (2005) assinala que analisar a qualidade de vida no contexto do processo de envelhecimento implica necessariamente uma perspetiva ecológica. Isto significa que, para esta análise, é fundamental considerar a pessoa no seu contexto

sociocultural, incluindo a sua vida atual e passada e tendo em conta uma dinâmica de forças entre as pressões do meio ambiente e as suas competências adaptativas.

Neste seguimento, a investigação sugere a existência de uma série de fatores que se consideram como fatores determinantes para que a pessoa tenha uma boa qualidade de vida na velhice, nomeadamente: saúde e capacidade funcional relativamente às atividades de vida diária, relações interpessoais, autonomia (capacidade de a pessoa conseguir organizar o seu dia-a-dia, bem como as atividades que tenciona realizar), confiança da sua utilidade e ausência de problemas económicos (Ramos, 2001). Santos e Sousa (2015) também referem que a qualidade de vida das pessoas mais velhas depende de determinadas características, como sendo o estado de saúde, rede social e familiar, condição económica e atividades de lazer.

Na mesma linha, também Inouye (2010) refere que a qualidade de vida é um conceito multidimensional influenciado por um conjunto de variáveis sociodemográficas, psicossociais e associadas à saúde. Mais especificamente, o autor verificou que o rendimento familiar e o nível de escolaridade das pessoas mais velhas se encontravam positivamente relacionados com a qualidade de vida. No que diz respeito às variáveis psicossociais, observou que o apoio familiar, as relações com a família e amigos, a vida social, as atividades sociais e de lazer e os afetos positivos também se relacionavam de forma positiva com a qualidade de vida. Por último, no que diz respeito às variáveis de saúde, a investigação demonstrou que a existência de sintomas depressivos e uma má autoavaliação do estado de saúde estavam negativamente associados à qualidade de vida (Inouye, 2010).

Com efeito, um estudo desenvolvido por Oliveira et al., (2013) permitiu perceber que as pessoas que se autoavaliam como sendo saudáveis e que não dependem de medicamentos demonstram melhor qualidade de vida, em comparação com aquelas que se encontram institucionalizadas e/ou a depender de medicamentos. No mesmo estudo, o autor também constatou que o trabalho voluntário foi associado a uma melhor perceção de qualidade de vida, uma vez que a atividade voluntária parecia contribuir para que as pessoas experienciassem as alterações psicossociais associadas ao processo de envelhecimento (ex., como as perdas e as mudanças de papéis) com mais tranquilidade. Por fim, a classe social também se destacou neste estudo relacionando-se com a qualidade de vida, uma vez que se verificou que adultos mais velhos pertencentes a classes sociais mais elevadas possuíam melhor qualidade de vida percebida.

Para além disto, Fonseca (2005) considera que os aspetos mais importantes para a qualidade de vida dos adultos mais velhos que residem na comunidade são as relações que estabelecem com os seus familiares e amigos, os papéis sociais que desempenham, a saúde e as características da sua habitação.

Na mesma perspetiva, Irigaray e Trentini (2009) concluíram que existe uma associação positiva entre a qualidade de vida e os afetos positivos, saúde, independência e uma situação financeira favorável. Por sua vez, os problemas de saúde e familiares demonstram ser os fatores com pior impacto na qualidade de vida. Mais recentemente, um estudo realizado por Marques et al., (2014) concluiu que, para as pessoas mais velhas, ter qualidade de vida se traduz em ter saúde, paz, equilíbrio, felicidade, satisfação com a vida e manter-se ocupado. Significa também preservar as relações interpessoais e receber apoio da família, amigos e vizinhos. Neste sentido, é importante que se mantenham os papéis sociais, relações sociais ativas, funcionalidade e independência, uma vez que são aspetos que contribuem para que os mais velhos tenham uma boa qualidade de vida percebida (Afonso, 2021).

Na literatura, outro dos fatores determinantes para a qualidade de vida das pessoas mais velhas é o idadismo, na medida em que este é capaz de afetar aspetos referentes ao bem-estar social do indivíduo. A investigação no domínio verificou a existência de uma relação negativa entre a qualidade de vida e o idadismo. Mais especificamente, uma revisão sistemática realizada por Chang et al., (2020) verificou que a discriminação associada à idade conduziu a resultados de saúde consideravelmente piores em 95,5% dos estudos analisados.

Um outro estudo, realizado por Low et al., (2013) verificou que as atitudes das pessoas mais velhas relativamente ao seu próprio envelhecimento (ex., alterações físicas, perdas psicossociais e crescimento psicológico) mediaram a relação entre a satisfação com a saúde e a qualidade de vida. Os participantes que se encontravam insatisfeitos com a sua saúde demonstraram ter atitudes mais negativas no que diz respeito ao seu próprio envelhecimento em termos das alterações físicas. Contudo, as atitudes relativamente à perda psicossocial e à alteração física tiveram um impacto significativo na qualidade de vida em todas as amostras, independentemente da idade ou do sexo.

Por sua vez, um estudo realizado por Sosa et al., (2023) procurou analisar os fatores que influenciam a perceção de discriminação por idade e a qualidade de vida dos mais velhos. Os autores concluíram que a qualidade de vida dos mais velhos foi insatisfatória em quase metade dos participantes, devido à relação com a família, má integração social e insatisfação com a saúde. Os participantes mencionaram a presença de discriminação e preconceito (61,7%) relativamente ao tratamento percebido nos serviços de saúde e no espaço familiar.

De facto, e como já referimos, o idadismo consiste num tipo de discriminação aplicada sobre um grupo de pessoas que decorre de uma característica específica, no caso, a sua idade (Moreira, 2020). O idadismo tem como consequência o aumento do isolamento social, a solidão, a restrição em aspetos relacionados com a sexualidade e pode também provocar aumento do

risco de violência e abuso contra os adultos mais velhos (Organização Pan-Americana da Saúde, 2022a).

Com efeito, considerando que a representação da velhice se plasma na identidade dos mais velhos (Daniel et al., 2015) é fundamental contribuir para a desconstrução de falsas crenças relativas à velhice (Oliveira, 2008) delineando estratégias que visem combater a propagação destas atitudes e estereótipos negativos (Gorjão & Marques, 2012).

Nesta linha de pensamento, é importante analisar a relação entre a percepção de qualidade de vida e o idadismo em adultos jovens e mais velhos, para de seguida traçar recomendações para as políticas sociais neste domínio.

4. Perspetiva de Curso de Vida

Uma leitura de curso de vida pode ser útil para compreender o modo como os percursos de vida se relacionam com as condições pessoais e socio-históricas. De facto, a perspetiva “Life course” caracteriza-se por ser um dos quadros de referência teóricos e metodológicos mais utilizados no âmbito da gerontologia social na medida em que permite a mudança de uma visão estática para uma visão dinâmica em relação ao desenvolvimento humano e envelhecimento (Rame et al., 2008).

Considera-se que a perspetiva do curso de vida (“Life-course”) representa um modelo teórico que permite, portanto, compreender as trajetórias sociais e a relação destas com as condições pessoais e socio-históricas (Elder et al., 2003).

Nesta linha de pensamento, a perspetiva “Life-course” baseia-se num conjunto de conceitos básicos e determina uma série de princípios. Começando pelos conceitos básicos, importa salientar os seguintes: (1) coortes - conjunto de indivíduos que nasceram durante o mesmo período de tempo, experienciando mudanças sociais características, no seio de uma determinada cultura, na mesma sequência e com a mesma idade; (2) transições - alterações em termos dos papéis e estatutos; (3) trajetórias - considera-se um padrão de estabilidade e mudança ao longo do tempo, incluindo várias transições; (4) eventos de vida - referentes a acontecimentos significativos que englobam uma alteração abrupta, a qual pode acarretar efeitos de longa duração; e (5) turning points - são acontecimentos de vida, ou mudanças, que criam transformações significativas na trajetória de vida do indivíduo (Hutchison, 2010).

Em 2003, Glen Elder e colaboradores estabeleceram cinco princípios basilares, sendo eles: (1) *Princípio do desenvolvimento humano e envelhecimento enquanto processos ao longo da vida* que permite a identificação de relações entre as experiências precoces e tardias no curso

de vida; (2) *Princípio do tempo histórico e lugar*, que implica que os percursos de vida são adaptados e moldados consoante os tempos históricos e locais vivenciados ao longo da vida; (3) *Princípio do “timing”* que demonstra que os antecedentes e consequentes dos acontecimentos e alterações de vida se modificam consoante o momento em que se sucedem; (4) *O princípio das vidas ligadas* que permite compreender que as vidas se ligam de maneira mútua, e que as implicações de cariz socio-histórico são demonstradas a partir desta rede de relacionamentos; e (5) *O princípio da agência humana* que assinala que as pessoas planeiam o seu percurso de vida a partir das escolhas e ações tomadas no contexto das possibilidades e restrições dos contextos históricos e sociais em que vivem.

Assim, de acordo com os mesmos autores, estes cinco princípios confluíram de forma a potenciar o interesse da investigação no âmbito do curso de vida. Com efeito, o estudo contextual das vidas passou da quase invisibilidade para uma área de investigação sociológica e da psicologia social do desenvolvimento na medida em que os trabalhos englobam vários níveis, desde as macroestruturas e instituições sociais da sociedade até à microexperiência dos indivíduos, baseando-se nos dados quantitativos e qualitativos numa abordagem de métodos mistos. Por outras palavras, esta perspetiva centra-se na forma como os eventos históricos e as mudanças económicas, sociais e culturais marcam e modificam a vida das pessoas (Elder et al., 2003).

Assim, tendo em conta a investigação acerca do idadismo e verificando-se que o número de estudos realizados a nível individual aumentou desde a década de 1970 e os estudos a nível estrutural diminuíram desde 2010, considera-se pertinente analisar a perspetiva de jovens adultos e adultos mais velhos sobre este assunto. Com efeito, este declínio do interesse de investigação a nível estrutural limita a compreensão do papel que a comunidade desempenha na promoção da discriminação contra os mais velhos (Chang et al., 2020). Neste sentido, a literatura tem colocado em destaque a necessidade de mais estudos de forma a ser possível identificar mais fatores acerca do preconceito de idade com o intuito de informar as políticas para minimizar o seu impacto social (Marques et al., 2020).

Neste seguimento, é objetivo geral do presente estudo analisar a relação entre as imagens e estereótipos sobre a velhice e a qualidade de vida de jovens adultos e adultos mais velhos. Os objetivos específicos são: (1) caracterizar as imagens e estereótipos de jovens adultos e adultos mais velhos sobre a pessoa idosa e o processo de envelhecimento (2) avaliar a relação entre as imagens e estereótipos sobre a velhice e variáveis específicas (género, escolaridade, grupo etário, etc); e (3) analisar se existem diferenças em relação à imagem e estereótipos sobre a velhice em função da geração de pertença (jovens adultos e adultos mais velhos).

CAPÍTULO II – MÉTODO

Nesta secção será descrita a metodologia utilizada nesta investigação. Assim, numa primeira fase serão descritos o plano de investigação e os participantes. Posteriormente, serão abordados os procedimentos e instrumentos de recolhas de dados. Por fim, serão descritos os procedimentos adotados para a análise de dados.

Plano de investigação e participantes

A presente investigação segue uma abordagem quantitativa, não experimental (Sampieri et al., 2013), tratando-se de um estudo correlacional. Segundo Coutinho (2021), nos estudos correlacionais a associação entre as variáveis acontece a partir de técnicas estatísticas que permitem analisar o grau da relação entre as variáveis. No mesmo sentido Sampieri et al., (2010), defendem que uma investigação correlacional centra-se na compreensão do grau de ligação, que se estabelece entre duas, ou até mesmo mais variáveis.

Do ponto da duração temporal, este é um trabalho transversal, visto que decorre apenas num momento (Sampieri et al., 2013).

No que diz respeito à amostra, esta é composta por 122 participantes, dos quais 62 são jovens (17-24 anos) e 60 são adultos mais velhos (65 ou mais anos) sem comprometimento cognitivo, a residir na comunidade e a frequentar o IPVC ou uma Universidade Sénior do Norte de Portugal.

Recorreu-se a um processo de amostragem não probabilística intencional para a seleção da amostra. Neste tipo de amostragem os participantes são selecionados por apresentarem características específicas que interessam ao estudo (Coutinho, 2021, Mertens et al., 2010) Assim, constituíram critérios de inclusão para a amostra no grupo dos adultos mais velhos: pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, a residir na comunidade, sem comprometimento cognitivo e a frequentar uma Universidade Sénior no Norte de Portugal. No grupo dos jovens figuraram os seguintes critérios de inclusão: pessoas com idade entre 17 e os 25 anos, a residir no Norte de Portugal, sem comprometimento cognitivo e a frequentar o Instituto Politécnico de Viana do Castelo.

Instrumentos de recolhas de dados

No processo de recolha de dados aplicou-se um protocolo de investigação com vários questionários de autopreenchimento. Mais concretamente:

Questionário sociodemográfico: A ficha sociodemográfica, constituída por perguntas de resposta aberta ou fechada, apresenta como objetivo a descrição geral da população em estudo, ou seja, permite recolher informação demográfica, como o sexo, a idade, estado civil, escolaridade, entre outros. A partir da aplicação deste questionário torna-se ainda possível recolher informações relativas aos participantes relativamente à percepção da discriminação com base na idade, percepção da saúde, o contexto de residência, etc.

Questionário específico sobre o Idadismo: composto por 19 perguntas, com intuito de recolher mais informação acerca do tema em específico. Deste conjunto de perguntas é importante referir que 13 encontram-se agrupadas numa escala tipo Likert de 1 a 5, sendo que 1 é “discordo totalmente” e 5 é “concordo totalmente”, 3 são de resposta fechada (e.g., “Considera que os idosos deixam de ter competências para desempenhar uma atividade profissional?”) e 5 são de resposta aberta (e.g., “Considera que podemos combater o preconceito pela idade (idadismo)? Se sim de que forma?”).

Questionário de avaliação da Qualidade de Vida: Segundo Canavarro et al., (2010), o WHOQOL-Bref (WHOQOL Group 1998) constitui uma versão resumida do instrumento de avaliação transcultural (WHOQOL-100) desenvolvido pela OMS para avaliar a Qualidade de Vida no ano de 1994. O WHOQOL-Bref (WHOQOL Group, 1998) é composto por 26 questões, sendo que destas, 24 questões dizem respeito a quatro domínios, sendo eles: Domínio Físico (inclui 7 perguntas relativas à dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, AVD, dependência de medicação ou tratamentos, e capacidade de trabalho); Domínio Psicológico (composto por 6 perguntas referentes aos sentimentos positivos e negativos, pensamento, aprendizagem, memória e concentração, autoestima, imagem corporal e aparência e espiritualidade); Domínio das Relações Sociais (composto por 3 questões acerca do apoio social, relações sociais e atividade sexual) e Domínio do Ambiente (constituído por 8 questões relacionados com a segurança física, ambiente no lar, recursos económicos, cuidados de saúde e sociais, hipóteses de obter novas competências, participação de lazer e recreio, ambiente físico e transporte). As duas questões em falta constituem a faceta geral da qualidade de vida com vista a estimar a qualidade de vida no geral. As respostas às questões apresentam-se numa escala tipo Likert de 1 a 5, sendo que 1 diz respeito a “muito má” e 5 a “muito boa”, havendo itens enunciados na positiva e na negativa. Os itens expressos na negativa e que, por isso necessitam de inversão, são os itens 3, 4 e 26. Em relação às características psicométricas, no

que diz respeito à fiabilidade, este instrumento apresenta uma boa consistência interna com um alfa de *Cronbach* de 0,92. Ao considerarmos os domínios de forma individual, os valores variam entre 0,64 (Domínio das relações sociais) e 0,85 (Domínio físico). O resultado final da WHOQOL-BREF, foi convertido numa escala de 0 a 100, sendo que uma pontuação mais elevada se relaciona com uma melhor perceção de qualidade de vida (Canavarro et al., 2010).

No presente estudo, o instrumento apresenta uma consistência interna do alfa de *Cronbach* de 0,92. Ao considerarmos os domínios de forma individual, os valores variam entre 0,61 (Domínio das relações sociais) e 0,86 (Domínio psicológico).

Tabela 1. Esquema conceptual dos domínios da WHOQOL-Bref

Domínios da WHOQOL-Bref
Domínio Físico (itens 3, 4, 10, 15, 16, 17 e 18)
Domínio Psicológico (itens 5, 6, 7, 11, 19 e 26)
Domínio das Relações Sociais (itens 20, 21 e 22)
Domínio Ambiente (itens 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24 e 25)
Faceta geral (itens 1 e 2)

Escala Images: Fazendo referência à forte componente social que as imagens manifestam, Sousa et al., (2008) desenvolveram um instrumento, a escala ImAges, que foi projetado para a população portuguesa. A escala ImAges tem como objetivo retratar as imagens sociais da velhice e do envelhecimento em grupos etários diferentes, jovens (13-27 anos), adultos (33-47 anos), jovens-idosos (53-67 anos) e muito-idosos (73-87 anos).

Inicialmente, esta escala era constituída por 146 itens, sendo que após a sua aplicação a uma amostra por conveniência com o intuito de eliminar itens que caracterizavam a mesma ideia e aqueles que não demonstravam ser compreensíveis, ficou reduzida a 32 itens integrados numa escala tipo *Likert* de 5 pontos (1- concordo totalmente, 2- discordo, 3- nem concordo nem discordo, 4- concordo e 5- concordo totalmente).

Em relação à estrutura, encontra-se dividida em quatro fatores, nomeadamente:

(1) *Dependência, tristeza e antiquado*: É composto por 7 itens que relacionam a solidão, o aparecimento de doenças e de deterioração física, e a proximidade da morte a um período difícil da vida. Revela ainda a crença de que uma pessoa velha se considera antiquada, visto que não acompanhou a evolução social ao não dominar as novas tecnologias, vivendo assim concentrada no passado. Estes itens constituem dependência dos outros, quer seja na necessidade de auxílio em relação à saúde ou em termos emocionais, quer seja no uso de ferramentas da sociedade atual, à qual não existiu adaptação. Deste modo, valores mais altos desta escala refletem-se na ideia da necessidade de mais descanso, atenção e paciência por parte dos outros.

(2) *Incompetência relacional e cognitiva*: É composto por 12 itens que se relacionam com a diminuição do desempenho cognitivo e com comportamentos sociais inadequados. Em relação à primeira, o facto de os questionados considerarem que os mais velhos são todos iguais, que não admitem os seus erros, que têm um discurso incoerente, que são egoístas, pouco criativos, parados, preguiçosos, inúteis e que os seus conhecimentos já não interessam aos outros traduz-se na ideia de que a pessoa mais velha se considera incapaz em termos cognitivos. Já em relação à segunda, a consciência de pobreza e de doença conduz-se na presença de condições externas que limitam meios e capacidades na relação com os outros. Assim, valores mais altos da escala caracterizam a pessoa mais velha como sendo aborrecida, rabugenta, teimosa, triste, amargurada e que não sente emoções como antes, o que afeta a interação que a mesma estabelece com os outros.

(3) *Maturidade, atividade e afetividade*: É composto por 6 itens, onde os valores elevados da escala associam a fase da velhice ao ganho de maturidade e aproveitamento dos bons momentos. A adaptação e bem-estar que faz com que a pessoa mais velha seja ativa e carinhosa.

(4) *Inutilidade*: É composto por 4 itens que caracterizam velhice como sendo boa ou má, dependendo das pessoas que nos rodeiam (amigos, família) e a pessoa idosa como sendo inútil, parada e preguiçosa. Assim, valores mais altos nesta escala caracterizam a velhice e a pessoa mais velha como já não tendo contributo a dar para a sociedade.

Verifica-se assim que três dimensões são de carácter negativo (fatores 1, 2 e 4) e um é de carácter positivo (fator 3). Em relação à consistência interna, a escala ImAges apresenta um alfa de *Cronbach* de 0,86 (Sousa et al., 2008).

No presente estudo, o instrumento apresenta uma consistência interna do alfa de *Cronbach* de 0,85. Ao considerarmos os domínios de forma individual, os valores variam entre 0,67 (Inutilidade) e 0,87 (Incompetência relacional e cognitiva).

Assim e à semelhança de outros estudos que utilizaram esta escala (Cerqueira, 2010; Lopes et al., 2012; Vicente, 2012) na presente investigação optamos por não incluir o domínio da inutilidade que também foi o que apresentou valores de consistência interna mais baixos.

Tabela 2. Esquema conceptual da Escala ImAges

Escala ImAges
Dependência, tristeza e antiquado (itens 4, 6, 18, 19, 21, 22 e 23)
Incompetência relacional e cognitiva (itens 3, 8, 9, 10, 11, 12, 15, 16, 17, 20, 25 e 31)
Maturidade relacional e cognitiva (itens 24, 26, 27, 28, 29 e 32)

Procedimento de recolha de dados

Numa primeira fase o projeto de investigação em causa foi submetido à Comissão de Ética para as Ciências Sociais, da vida e da Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo (IPVC). Após a sua aprovação iniciou-se a recolha dos dados.

Para a recolha de dados no grupo dos jovens, foram selecionadas três escolas do IPVC. Depois de contactadas as Direções das respetivas escolas e mediante o parecer favorável por parte das mesmas, iniciou-se a recolha de dados. No caso dos adultos mais velhos, foram selecionadas Universidades Sêniors no Norte de Portugal, tendo-se procedido ao contacto com Direções solicitando autorização para a divulgação do estudo junto dos participantes que preenchessem os requisitos estipulados.

Antes da recolha de dados nas instituições que aceitaram participar foram apresentados e esclarecidos os objetivos do estudo a todos os participantes. Também lhes foi apresentado o consentimento informado com o intuito de garantir a participação livre e esclarecida, bem como o anonimato e confidencialidade da informação obtida. Foi também reforçado que a participação era voluntária e que poderiam colocar as questões que achassem pertinentes, podendo desistir a qualquer momento sem qualquer tipo de prejuízo ou penalização.

A recolha de dados realizou-se entre setembro e dezembro de 2023 nas escolas do IPVC e nas Universidades Sêniors. No caso dos jovens, o protocolo foi preenchido na sala de aula. No caso dos adultos mais velhos, foi preenchido na sala de aula ou no domicílio dos próprios participantes que levavam o protocolo e devolviam na semana seguinte. A duração média do preenchimento do protocolo foi de 50 minutos.

No grupo dos jovens participaram nesta investigação estudantes da Escola Superior de Educação, Escola Superior de Saúde e Escola Superior de Tecnologia e Gestão do IPVC. No que diz respeito ao grupo das pessoas mais velhas, integraram este estudo elementos da Universidade Sénior de Rio Tinto, Lousada, Marco de Canaveses, Esposende, Viana do Castelo, Ermesinde e Vila Nova de Cerveira.

O número de participantes por instituição variou de acordo com a disponibilidade e a disposição dos mesmos em fazer parte do estudo.

Análise de dados

No que concerne ao tratamento e análise de dados recorreu-se ao programa *Statistical Package for Social Science* (SPSS), versão 27. Tendo em conta a natureza do estudo e dos dados obtidos realizaram-se análises estatísticas descritivas e inferenciais. Para as análises inferenciais utilizou-se o teste t para a análise de diferenças entre grupos independentes e o teste de correlação de *Pearson* para verificar a associação entre duas variáveis. Nestas análises consideraram-se significativos os testes com significância igual ou inferior a 0,05 e marginalmente significativos até 0,1. As perguntas abertas do questionário foram analisadas e categorizadas.

CAPÍTULO III – RESULTADOS

Nesta secção vão ser apresentados os resultados do estudo, especificamente a descrição das características sociodemográficas, estado de saúde e religião/práticas religiosas dos participantes jovens e adultos mais velhos. Analisam-se as diferenças nos domínios da qualidade de vida e da Escala de Imagens da Velhice em função dos grupos de idade. Apresenta-se ainda a análise das questões específicas do idadismo, bem como as percepções sobre situações de idadismo e tipos de discriminação já presenciados pelos participantes acerca dos mais velhos. Para além disto, identificam-se as estratégias sugeridas pelos participantes para combater o preconceito. Por fim, analisa-se a relação entre a Escala de Imagens da velhice e um conjunto de variáveis sociodemográficas e de funcionamento individual, bem como a relação entre os domínios da qualidade de vida e as imagens da velhice, por grupos de idade.

1. Descrição dos participantes: características sociodemográficas, estado de saúde e práticas religiosas

Nesta secção, serão descritas as principais características sociodemográficas, estado de saúde e práticas religiosas dos participantes.

Tabela 3. Caracterização sociodemográfica dos participantes

	Jovens (17-24 anos) N=62		Adultos mais velhos (65 + anos) N=60		Total de participantes N=122	
	n	%	n	%	n	%
Género						
Feminino	45	72,6	39	66,1	84	69,4
Masculino	17	27,4	20	33,9	37	30,6
Idade M(dp)	19,95 (1,7)		71,58 (4,5)		45,34 (26,1)	
Min-Máx	17-24		65-83		17-83	
Estado civil						
Solteiro(a)	61	98,4	4	6,7	65	53,3
Casado(a) ou em união de facto	1	1,6	34	56,7	35	28,7
Separado ou divorciado	--	--	10	16,7	10	8,2
Viúvo(a)	--	--	12	20	12	9,8
Escolaridade						
Sabe ler e/ou escrever	--	--	2	3,4	2	1,7
1º-4º ano (primário)	--	--	8	13,8	8	6,7
5º-6º ano (preparatório, telecola ou antigo 2º ano do liceu)	--	--	5	8,6	5	4,2
7º-9º ano (antigo 5º ano do liceu)	--	--	8	13,8	8	6,7
10º-12º ano (ou equivalente com cursos de índole profissional)	57	91,9	9	15,5	66	55
Bacharelato/licenciatura	5	8,1	24	41,4	29	24,2
Mestrado	--	--	2	3,4	2	1,7

Tabela 3. Caracterização sociodemográfica dos participantes (continuação)

	17-24 anos N=62		65 + anos N=60		Total de participantes N=122	
	n	%	n	%	n	%
Co-residência M (dp)	3,23 (1,15)		1,04 (0,88)		2,21 (1,50)	
Min-Max	1-7		0-5		1-5	
Grau de Parentesco						
Cônjuge	--	--	25	64,1	25	25,5
Cônjuge e outros	--	--	8	20,5	8	8,2
Outros familiares	57	96,6	6	15,4	63	64,3
Amigos ou outros	2	3,4	--	--	2	2
Distrito de residência						
Porto	5	8,1	42	70	47	38,5
Braga	27	43,5	2	3,3	29	23,8
Viana do Castelo	19	30,6	9	15	28	23
Santarém	2	3,2	--	--	2	1,6
Viseu	1	1,6	--	--	1	0,8
Vila Real	1	1,6	--	--	1	0,8
Faro	1	1,6	--	--	1	0,8
Leiria	2	3,2	--	--	2	1,6
Bragança	2	3,2	--	--	2	1,6
Emprego						
Empregado	--	--	1	1,7	1	0,8
Reformado	--	--	58	96,7	58	47,5
Estudante	62	100	--	--	62	50,8
Outra	--	--	1	1,7	1	0,8
Última atividade profissional*						
Professor	--	--	13	38,2	13	37,1
Técnico de vendas/comercial	--	--	5	14,7	5	14,3
Alfaiate e costureiro	--	--	2	5,9	2	5,7
Caixa bancário ou similar	--	--	2	5,9	2	5,7
Pintor, decorador ou similar	--	--	1	2,9	1	2,9
Farmacologia e outros especialistas	--	--	1	2,9	1	2,9
Profissionais de enfermagem	--	--	3	8,8	3	8,6
Técnicos administrativos de						
contabilidade e outros	--	--	1	2,9	1	2,9
Trabalhadores de limpeza	--	--	1	2,9	1	2,9
Trabalhadores de indústria, construção						
e artífices	--	--	2	5,9	2	5,7
Outros profissionais de saúde	--	--	1	2,9	1	2,9
Diretor e gestor executivo de empresas	--	--	2	5,9	2	5,7
Vendedores em lojas	1	100	--	--	1	2,9
Integra um grupo comunitário	9	14,8	36	63,2	45	38,1
Rendimento mensal suficiente face às despesas						
Com grande dificuldade	4	6,7	2	3,4	6	5,1
Com alguma dificuldade	24	40	14	24,1	38	32,2
Com muita facilidade	10	16,7	7	12,1	17	14,4
Com alguma facilidade	22	36,7	35	60,3	57	48,3

*N=35

Como se pode verificar na tabela 3, fizeram parte deste estudo 122 participantes, com idades compreendidas entre os 17 e os 83 anos ($M=45,34$; $DP=26,1$), sendo a maioria da amostra composta por mulheres (69,4%). Os participantes foram divididos em dois grupos, o grupo de jovens ($n=62$) e o grupo de adultos mais velhos ($n=60$). No grupo de jovens, 72,6% dos inquiridos são mulheres e 27,4% são homens, sendo o intervalo de idades entre 17-24 anos ($M=19,95$; $DP=1,7$). O grupo dos adultos mais velhos é constituído por 66,1% de mulheres e 33,9% homens, com idades compreendidas entre os 65 e 83 anos ($M=71,58$; $DP=4,5$).

Em relação ao estado civil, a grande parte dos participantes são solteiros 53,3% ($n=65$), seguidos dos casados ou em união de facto 28,7% ($n=35$). Ao analisar-se os grupos de idade observa-se que entre os 17-24 anos os participantes são na sua maioria solteiros 98,4% ($n=61$) e no grupo dos 65 ou mais anos são principalmente casados ou em união de facto 56,7% ($n=34$).

Relativamente ao nível de escolaridade, é de referir que 55% dos participantes apresentam o 10º-12º ano (ou equivalente com cursos de índole profissional), sendo este o nível de escolaridade predominante no grupo de idade dos 17-24 anos, (91,9%; $n=57$), seguido do bacharelato/ licenciatura (24,2%; $n=29$). No grupo dos 65 ou mais anos, 41,4% ($n=24$) possuem um bacharelato ou licenciatura e 3,4% ($n=2$) possuem formação ao nível de mestrado. No grupo dos adultos mais velhos, há a registar 3,4% participantes que não sabem ler nem escrever e os restantes apresentam níveis de escolaridade que variam entre o 1.º ano e o 9.º ano.

No que diz respeito à coresidência, os participantes vivem em média com 2,21 pessoas ($DP=1,50$), sendo que os jovens vivem com 3,23 pessoas ($DP=1,15$) e os adultos mais velhos com 1,04 pessoas ($DP=0,88$) pessoas.

No que concerne ao grau de parentesco, a maior parte dos participantes vive com outros familiares (64,3%; $n=63$) ou com o conjugue (25,5%; $n=25$). Em relação ao grupo dos jovens, observa-se que grande parte vive com outros familiares (96,6%) e alguns residem com amigos ou outros (3,4%; $n=2$). No grupo de idade com 65 ou mais anos, verifica-se que a maior parte dos participantes habita com o conjugue (64,1%; $n=25$) ou com outros familiares (15,4%; $n=6$).

No que diz respeito ao distrito de residência, todos os participantes residem na zona norte de Portugal, sendo que 38,5% ($n=47$) vivem na zona do Porto, 23,8% ($n=29$) na zona de Braga e 23% na zona de Viana do Castelo. No grupo dos jovens, 43,5% reside na zona de Braga e 30,6% na região de Viana do Castelo (30,6%). Já no grupo dos adultos mais velhos, a maioria dos participantes reside na região do Porto (70%).

Em relação ao emprego, os participantes mais jovens são estudantes (100%; $n=62$) e os participantes mais velhos são predominantemente reformados (96,7%; $n=58$). Há, no entanto, um participante que ainda se encontra a desempenhar atividade profissional (1,7%; $n=1$) e um outro que se encontra noutra situação (1,7%; $n=1$). Quanto à última atividade profissional

desempenhada, apenas responderam 35 participantes. Predominam as atividades relacionadas com o ensino, nomeadamente ser professor (37,1%) e as atividades relacionadas com o comércio, ou seja, técnico de vendas/comercial (14,3%), verificando-se esta tendência no grupo de idades 65 ou mais anos. No caso dos jovens, apenas um refere ter desempenhado uma atividade profissional, a de vendedor em loja.

No que diz respeito ao facto de integrarem ou não grupos comunitários, observa-se que da totalidade dos participantes, apenas 38,1% fazem parte de um grupo comunitário. Mais especificamente, 14,8% dos jovens e 63,2% dos adultos mais velhos.

Relativamente ao rendimento mensal verifica-se que grande parte dos participantes usufruem de um rendimento mensal que lhes permite fazer face às despesas com alguma facilidade (48,3%). No entanto, 32,2% dos participantes reportam alguma dificuldade em fazer face às despesas. No caso dos jovens, 40% participantes registam alguma dificuldade e 36,7% participantes reportam alguma facilidade perante as despesas. No caso dos adultos mais velhos, a situação inverte-se, verificando-se que 60,3% indicam alguma facilidade e 24,1% algumas dificuldades para fazer face às despesas mensais.

Tabela 4. Caracterização do estado de saúde dos participantes

	Jovens (17-24 anos) N=62		Adultos mais velhos (65 + anos) N=60		Total de participantes N=122	
	n	%	n	%	n	%
Saúde física						
Excelente	9	14,5	2	4,4	11	9,2
Muito boa	17	27,4	3	5,2	20	16,7
Boa	26	41,9	23	39,7	49	40,8
Razoável	10	16,1	24	41,4	34	28,3
Fraca	--	--	6	10,3	6	5
Saúde mental						
Excelente	6	9,7	5	9,4	11	9,6
Muito boa	17	27,4	12	22,6	29	25,2
Boa	27	43,5	21	39,6	48	41,7
Razoável	10	16,1	13	24,5	23	20
Fraca	2	3,2	2	3,8	4	3,5
Acompanhamento médico						
Sim	43	71,7	52	89,7	95	80,5
Não	17	27,4	6	10,3	23	19,5

De acordo com a tabela 4 relativa à caracterização do estado de saúde, verifica-se que os participantes apresentam, no geral, uma saúde física boa (40,8%; n=49) e uma saúde mental boa (41,7%; n=48). No grupo dos jovens, os participantes relatam uma saúde física e mental boa (41,9%; 43,5%) e no grupo dos adultos mais velhos verifica-se que 41,4% dos participantes

classificam a sua saúde física como razoável e 39,6% percebem a sua saúde mental como boa. Importa ainda referir que, 80,5% dos participantes mencionam ter um acompanhamento médico adequado às suas necessidades. Ao analisar os grupos de idade, observa-se que no grupo dos jovens, a maioria (71,7%; n=43) dispõe de um acompanhamento médico adequado face às suas necessidades. No mesmo sentido no grupo com 65 ou mais anos, verifica-se que 89,7% (n=52) dos participantes consideram receber um acompanhamento médico adequado.

Tabela 5. Caracterização da religião/práticas religiosas dos participantes

	Jovens (17-24 anos) N=62		Adultos mais velhos (65 + anos) N=60		Total de participantes N=122	
	n	%	n	%	n	%
Religião	45	75	49	86	95	81,2
Regularidade de práticas religiosas						
Uma vez por semana ou mais	14	29,2	24	57,1	38	42,2
Uma vez por mês	5	10,4	6	14,3	11	12,2
Menos de uma vez por mês	19	39,6	7	16,7	26	28,9
Outra regularidade	10	20,8	5	11,9	15	16,7

Relativamente à religião (tabela 5), verifica-se que 81,2% dos participantes afirmam ter uma religião, praticando-a uma vez por semana ou mais (42%; n=38). No grupo dos jovens, 75% dos participantes afirmam ter religião, sendo que 39,6% (n=19) desempenha alguma prática religiosa menos de uma vez por mês. Já no grupo das pessoas mais velhas, 86% dos participantes afirmam ter uma religião (n=49), exercendo essa prática com regularidade semanal (57,1%; n=24).

2. Análise dos domínios da qualidade de vida e das imagens da velhice

Nesta secção apresentam-se os resultados relativos à qualidade de vida e às imagens de velhice dos participantes.

Tabela 6. Caracterização da Qdv em função do grupo etário

	Jovens (17-24 anos) N=62 M (dp)	Adultos mais velhos (65 + anos) N=60 M (dp)	Total de participantes N=122 M (dp)
Qualidade de vida			
Qualidade de vida/Faceta geral	72,98 (15,21)	67,58 (16,26)	70,35 (15,90)
Min-Max	25-100	37,5-100	25-100
Domínio Físico	74,87 (12,98)	71,76 (16,18)	73,39 (14,62)
Min-Max	50-100	39,29-100	39,29-100
Domínio Psicológico	68,14 (16,54)	73,52 (14,57)	70,49 (15,87)
Min-Max	8,33-91,67	33,33-100	8,33-100
Domínio Relações Sociais	76,38 (17,96)	70,65 (13,64)	73,84 (16,37)
Min-Max	0-100	33,33-100	0-100
Domínio Ambiente	70,01 (16,32)	70,28 (14,59)	70,13 (15,50)
Min-Max	6,25-100	37,5-96,88	6,25-100

Considerando a Tabela 6 relativa à caracterização dos domínios da qualidade de vida em função do grupo etário considera-se que, nos resultados relativos à faceta geral, os participantes tiveram uma pontuação média de 70,35 pontos (DP=15,90) sendo o mínimo 25 e o máximo 100, traduzindo-se num nível moderado de qualidade de vida geral.

Tendo em conta os resultados obtidos em cada um dos domínios da qualidade de vida da escala WHOQOL-Bref, verifica-se que a pontuação média mais alta pertence ao domínio das relações sociais sendo 73,84 (DP=16,37), seguido do domínio físico com uma pontuação média de 73,39 (DP=14,62). Apresenta-se de seguida o domínio psicológico no qual os participantes alcançaram uma pontuação média de 70,49 (DP=15,87). No entanto, é no domínio do ambiente que surge a pontuação mais baixa com uma média de 70,13 (DP=15,50).

Tabela 7. Caracterização das Imagens da velhice em função dos grupos de idade

	Jovens (17-24 anos) N=62 M (dp)	Adultos mais velhos (65 + anos) N=60 M(dp)	Total de participantes N=122 M (dp)
Imagens da velhice			
Dependência física e emocional e antiquado	21,79 (4,5)	19,12 (5,4)	20,62 (5,07)
Min-Max	11-31	8-29	8-31
Incompetência relacional e cognitiva	20,49 (5,73)	24,11 (6,65)	22,01 (6,36)
Min-Max	12-36	13-41	12-41
Maturidade relacional e cognitiva	21,52 (3,05)	20,16 (4,89)	20,91 (4,02)
Min-Max	15-30	7-30	7-30

Tendo em conta a Tabela 7 relativa à caracterização dos domínios da Escala de Imagens da Velhice “ImAges” em função dos grupos de idade, observa-se que, dos três domínios descritos, foi no domínio da incompetência relacional e cognitiva que a pontuação foi mais alta com uma média de 22,01 (DP=6,36). Relativamente ao domínio da maturidade relacional e cognitiva pode verificar-se uma pontuação média de 20,91 (DP=4,02). Todavia, foi no domínio da dependência física e emocional e antiquado que a pontuação foi mais baixa com uma média de 20,62 (DP=5,07).

3. Perceções sobre o idadismo em jovens e adultos mais velhos

Neste tópico analisam-se as questões específicas acerca do idadismo a partir das questões abertas do questionário de recolha de dados.

Tabela 8. Análise das questões específicas do idadismo

	Jovens (17-24 anos) M (dp)	Adultos mais velhos (65 + anos) M (dp)
As pessoas mais velhas sofrem mais discriminação do que as pessoas de idades mais jovens	3,37 (0,94)	3,43 (0,87)
Min-Max	1-5	1-5
A idade é um fator que condiciona o desempenho de algumas atividades	3,74 (0,86)	3,63 (0,88)
Min-Max	1-5	1-5
É válido dizer aos idosos que eles estão demasiado velhos para realizarem determinadas atividades	2,16 (1,05)	2,14 (1,06)
Min-Max	1-5	1-5

Tabela 8. Análise das questões específicas do idadismo (continuação)

	Jovens (17-24 anos)	Adultos mais velhos (65 + anos)
É aceitável que devido às suas características os idosos sejam alvo de comentários que ridicularizam a sua imagem	M (dp)	M (dp)
Min-Max	1-4	1-5
A imagem social das pessoas com 65 ou mais anos é positiva	3,24 (0,82)	3,37 (0,97)
Min-Max	1-5	1-5
Concordo que os idosos sejam abordados de forma paternalista e condescendente devido à sua idade	2,69 (0,91)	2,55 (1,05)
Min-Max	1-4	1-5
Os indivíduos mais jovens são mais produtivos que os mais velhos nos seus empregos	2,75 (0,91)	2,96 (0,98)
Min-Max	1-5	1-5
Os idosos não deveriam trabalhar devido às suas fragilidades e probabilidade de adoecerem	2,25 (0,84)	2,61 (1,03)
Min-Max	1-4	1-5
O envelhecimento é um fenómeno que provoca aumento excessivo nos custos com a saúde	3,37 (0,89)	3,32 (0,92)
Min-Max	1-5	1-5
O envelhecimento é um fenómeno que provoca aumento excessivo nos custos com a proteção social	3,11 (0,87)	3,25 (0,90)
Min-Max	1-5	1-5
O envelhecimento é um obstáculo para se ter uma vida boa	2,17 (0,77)	2,36 (0,96)
Min-Max	1-4	1-4
As pessoas mais velhas ao serem avessas às mudanças fazem com que a sociedade não evolua tão rapidamente	2,37 (0,90)	2,35 (1,05)
Min-Max	1-4	1-4
Mesmo não solicitando ajuda, os idosos devem ser ajudados	3,70 (0,96)	3,44 (0,99)
Min-Max	1-5	1-5

Uma análise, a partir do ponto médio, das respostas às questões específicas acerca do idadismo permite verificar que os itens com médias mais elevadas são os mesmos nos dois grupos de idade: “A idade é um fator que condiciona o desempenho de algumas atividades” ($M=3,74$; $0,86$ no caso dos jovens) ($M=3,63$; $DP=0,88$ no caso dos adultos mais velhos), seguido do item “Mesmo não solicitando ajuda, os idosos devem ser ajudados” ($M=3,70$; $DP=0,96$ no caso dos jovens) ($M=3,44$; $0,99$ no caso dos adultos mais velhos) respetivamente.

No caso dos adultos mais velhos, o item que de seguida pontua mais alto é “As pessoas mais velhas sofrem mais discriminação do que as pessoas de idades mais jovens” ($M=3,43$; $DP=0,87$). No caso dos jovens é o mesmo item que apresenta pontuação mais elevada ($M=3,37$;

DP=0,94), seguido do “O envelhecimento é um fenómeno que provoca aumento excessivo nos custos com a saúde” (M=3,37; DP=0,89).

Tal como se pode observar na tabela 9 relativamente às perceções sobre situações de idadismo com base na idade já presenciados pelos participantes mais velhos, 11,4% (n=13) referem já ter presenciado ou ter estado envolvido em situações de discriminação por idade. No caso dos jovens, 16,1% (n=10) referem também ter presenciado situações de idadismo.

Tabela 9. Perceção sobre situações de idadismo

	Jovens (17-24 anos) N=62		Adultos mais velhos (65 + anos) N=60		Total de participantes N=122	
	N	%	n	%	n	%
Já presenciou ou esteve envolvido em alguma situação de discriminação com base na idade?						
Sim	10	16,1	3	5,8	13	11,4
Considera que os idosos deixam de ter competências para desempenhar uma atividade profissional?						
Sim	14	23,3	9	17,6	23	20,7
Em que contexto considera que existe mais preconceito baseado na idade?						
Trabalho	35	56,5	38	71,7	73	63,5
Redes Sociais	22	35,5	10	18,9	32	27,8
Publicidade	15	24,2	12	22,6	27	23,5
Família	12	19,4	5	9,4	17	14,8

Observa-se ainda que 20,7% dos participantes (23,3%; n=14 jovens e 17,6%; n=9 adultos mais velhos) consideram que os adultos mais velhos deixam de ter competências para desempenhar qualquer tipo de atividade profissional. Questionados sobre os contextos onde se registam mais situações de discriminação por idade, a maior parte (63,5%; n=73) identificou o contexto de trabalho. Com efeito, este foi o sector mais mencionado pelos jovens (56,5%; n=35) e pelos adultos mais velhos (71,7%; n=38).

No que diz respeito aos tipos de discriminação por idade que já presenciaram ou estiveram envolvidos, uma análise das questões abertas do questionário permitiu criar as categorias assinaladas na tabela 10.

Tabela 10. Tipos de discriminação

	Jovens (17-24 anos) N=23		Adultos mais velhos (65 + anos) N=10	
	n	%	n	%
Com base na aparência física	2	8,69	1	10
Abandono/ Negligência	--	--	4	40
Desconsideração/ Indiferença	--	--	4	40
Valorização da juventude	--	--	1	10
Inutilidade/ Desprezo	1	4,34	--	--
Incapacidade	9	39,1	--	--
Discriminação	4	17,3	--	--
Indiferença	1	4,34	--	--
Infantilização	3	13,04	--	--
Representações negativas	3	13,04	--	--

Verifica-se que, no caso dos jovens, a incapacidade (39,1%), a discriminação (17,3%), a infantilização (13,04%) e as representações negativas (13,04%) constituem os principais tipos de discriminação. Por sua vez, no grupo dos adultos mais velhos, destacam-se o abandono/negligência (40%), a desconsideração/indiferença (40%), a valorização da juventude (10%) e aparência física (10%).

Quando questionados sobre estratégias que podem ser levadas a cabo para combater o idadismo, os participantes sugeriram várias possibilidades (Tabela 11).

Tabela 11. Estratégias para combater o idadismo

	Jovens (17-24 anos) N=40		Adultos mais velhos (65 + anos) N=20	
	n	%	n	%
Não é possível combater o preconceito	3	7,5	2	10
Respeito pelo outro	2	5	5	25
Valorizar as pessoas mais velhas	9	22,5	6	30
Criação de oportunidades para participação social	6	40	4	20
Maior empatia	--	--	1	5
Medidas de política	--	--	2	10
Ações intergeracionais	2	5	1	5
Mudança de mentalidades	4	10	--	--
Educação para o envelhecimento	13	32,5	--	--
Combater a infantilização	1	2,5	--	--
Campanhas publicitárias	5	12,5	--	--

Entre as estratégias identificadas, o grupo dos jovens considera como mais relevantes: a criação de oportunidades para a participação social (40%), a educação para o envelhecimento (32,5%) e a valorização das pessoas mais velhas (22,5%). Por seu turno, o grupo dos adultos mais velhos dá prioridade à valorização das pessoas mais velhas (30%), ao respeito pelo outro (25%) e à criação de oportunidades para a participação social (20%).

4. Análise da relação entre as imagens da velhice e variáveis sociodemográficas

Nesta secção apresentam-se os resultados relativos à análise da relação entre as imagens da velhice medidas pela Escala de Imagens da Velhice “ImAges” e um conjunto de variáveis sociodemográficas.

Tabela 12. Imagens da velhice em função dos grupos de idade (teste t)

	Jovens (17-24 anos) N=62 M (dp)	Adultos mais velhos (65 + anos) N=48 M (dp)	Teste t	p-valor
Dependência física e emocional e antiquado	21,79 (4,52)	19,12 (5,40)	-2,815	,006**
Incompetência relacional e cognitiva	20,49 (5,73)	24,11 (6,65)	2,945	,004**
Maturidade relacional e cognitiva	21,52 (3,05)	20,16 (4,89)	-1,676	,098†

† p<0,09; *p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

Em relação às Imagens da velhice em função dos grupos de idade realizou-se um teste t para verificar a existência de diferenças entre os grupos (Tabela 12). Assim, no que diz respeito ao fator “Dependência física e emocional e antiquado”, os jovens apresentam um maior número de imagens acerca da dependência a nível físico e emocional e antiquado (M=21,79; DP=4,52) do que os adultos mais velhos (M=19,12; DP=5,40) verificando-se a existência de diferenças estatisticamente significativas ($t(108)=-2,815$; $p=0,006$).

Quanto ao fator “Incompetência relacional e cognitiva”, os adultos mais velhos destacam-se com uma pontuação média superior (M=24,11; DP=6,65) à dos jovens (M=20,49; DP=5,73) existindo diferenças estatisticamente significativas ($t(100)=2,945$; $p=,004$). Isto quer dizer que os adultos mais velhos relacionam mais a velhice com a diminuição do desempenho cognitivo e com comportamentos sociais inadequados do que os jovens.

Por fim, em relação ao fator “Maturidade relacional e cognitiva” os jovens possuem uma média de imagens superior (M=21,52; DP=3,05) em comparação com os adultos mais velhos

(M=20,16; DP=4,89), associando o envelhecimento ao ganho de maturidade e aproveitamento de bons momentos. As diferenças consideram-se marginalmente significativas ($t(75,4)=-1,676$; $p=,098$).

Tabela 13. Imagens da velhice em função do género (teste t)

	Feminino N=74 M (dp)	Masculino N=36 M (dp)	Teste t	p-valor
Dependência física e emocional e antiquado	20,29 (4,51)	21,51 (6,05)	-1,058	,295
Incompetência relacional e cognitiva	20,58 (5,59)	24,66 (6,91)	-3,177	,002**
Maturidade relacional e cognitiva	21,67 (3,68)	19,83 (3,79)	2,408	,018*

† $p<0,09$; * $p<0,05$; ** $p<0,01$; *** $p<0,001$

A tabela 13 explora a relação entre as Imagens da velhice e o género. Para esta análise utilizou-se o teste t para amostras independentes.

Relativamente ao fator “Dependência física e emocional e antiquado” não se verificaram diferenças estatisticamente significativas ($t(52,5)=-1,058$; $p=,295$), no entanto os homens apresentam uma média mais elevada de imagens de dependência física e emocional e antiquado (M=21,51; DP=6,05) comparativamente às mulheres (M=20,29; DP=4,51).

No que concerne ao fator “Incompetência relacional e cognitiva” observa-se que existem diferenças estatisticamente significativas em função do género ($t(99)=-3,177$; $p=,002$). De facto, são os homens que apresentam uma pontuação média superior de imagens e estereótipos de incompetência a nível do desempenho cognitivo e comportamentos sociais (M=24,66; DP=6,91) em comparação com as mulheres (M=20,58; DP=5,59).

Já no fator “Maturidade relacional e cognitiva” é notável a presença de diferenças estatisticamente significativas ($t(104)=2,408$; $p=,018$), sendo as mulheres aquelas que apresentam um conjunto de imagens superior (M=21,67; DP=3,68) relativamente aos homens (M=19,83; DP=3,79).

Tabela 14. Associação entre as imagens da velhice e a escolaridade (correlação de Pearson)

		Anos de escolaridade	Dependência física e emocional e antiquado	Incompetência relacional e cognitiva	Maturidade relacional e cognitiva
Jovens	Anos de escolaridade	1			
	Dependência física e emocional e antiquado	-,013	1		
	Incompetência relacional e cognitiva	,241 ‡	,572***	1	
	Maturidade relacional e cognitiva	-,012	-,495***	-,562***	1
Adultos mais velhos	Anos de escolaridade	1			
	Dependência física e emocional e antiquado	-,168	1		
	Incompetência relacional e cognitiva	-,296 ‡	,736***	1	
	Maturidade relacional e cognitiva	,279 ‡	-,184	-,184	1

‡ p<0,09; *p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

Com o intuito de estudar a associação entre duas variáveis, as imagens da velhice e escolaridade, recorreu-se ao coeficiente de correlação de Pearson (Tabela 14).

Relativamente ao fator “Dependência física e emocional e antiquado” não se verificam associações estatisticamente significativas com os anos de escolaridade, nem nos jovens, nem nos adultos mais velhos.

Em relação ao fator “Incompetência relacional e cognitiva”, no caso dos jovens, observa-se uma correlação positiva e marginalmente significativa com os anos de escolaridade ($r = ,241$, $p = ,066$) ou seja, os jovens que possuem mais escolaridade são aqueles que têm um maior número de imagens e estereótipos de incompetência a nível relacional e cognitivo associados à velhice. No caso dos adultos mais velhos verifica-se uma correlação negativa marginalmente significativa ($r = -,296$, $p = ,057$) significando tal que os adultos mais velhos que têm menos anos de escolaridade são aqueles que associam a velhice a mais incompetência relacional e cognitiva.

Quanto ao fator “Maturidade relacional e cognitiva” não se verificam, no caso dos jovens, correlações estatisticamente significativas com os anos de escolaridade. Já em relação aos adultos mais velhos constata-se uma correlação marginalmente significativa com os anos de escolaridade ($r=,279$, $p=,058$). Assim, os adultos mais velhos com mais escolaridade associam a velhice a mais maturidade relacional e cognitiva.

Tabela 15. Associação entre as Imagens da velhice e a saúde física e mental

		Saúde física	Saúde mental
Jovens	Saúde física	1	
	Saúde mental	,535***	1
	Dependência física e emocional e antiquado	-,050	-,026
	Incompetência relacional e cognitiva	-,038	-,046
	Maturidade relacional e cognitiva	,090	,560
Adultos mais velhos	Saúde física	1	
	Saúde mental	,492***	1
	Dependência física e emocional e antiquado	-,056	-,364*
	Incompetência relacional e cognitiva	-,115	-,457**
	Maturidade relacional e cognitiva	,293*	282 †

† $p<0,09$; * $p<0,05$; ** $p<0,01$; *** $p<0,001$

Na tabela 15 observam-se os resultados relativos à associação entre as imagens da velhice e a saúde física e mental, sendo que nesta análise se utilizou o coeficiente de correlação de pearson.

No que diz respeito ao fator “Dependência física e emocional e antiquado” não se verificam correlações estatisticamente significativas face à saúde física e mental nos mais jovens. Já nos adultos mais velhos não existe correlação significativa relativamente à saúde física, mas existe uma correlação negativa estatisticamente significativa em relação à saúde mental, $r=-,354$, $p=,018$. Assim, os adultos mais velhos que possuem mais imagens e estereótipos no fator da dependência física e emocional e antiquado são aqueles que apresentam pior saúde mental.

No fator “Incompetência relacional e cognitiva” não se verificam, nos jovens, correlações estatisticamente significativas no que concerne à saúde física e mental. No caso dos adultos mais velhos não se observa associação entre este mesmo fator e a saúde física, no entanto verifica-se uma correlação negativa estatisticamente significativa relativamente à saúde mental, $r=-,457$, $p=,004$. Por outras palavras, mais imagens e estereótipos relacionados com a incompetência relacional e cognitiva estão associadas a uma pior saúde mental nos mais velhos.

Por fim, no fator “Maturidade relacional e cognitiva” não se observam associações estatisticamente significativas em relação à saúde física e mental nos mais jovens. No caso das pessoas mais velhas, regista-se uma correlação estatisticamente significativa na saúde física, $r=,293$, $p=,046$, e uma correlação positiva marginalmente significativa na saúde mental, $r=,282$, $p=,070$. Isto quer dizer que os adultos mais velhos que possuem imagens em que relacionam os mais velhos a maior maturidade relacional cognitiva apresentam melhor saúde física e mental.

Tabela 16. Imagens da velhice em função dos grupos face à religião (teste t)

	Com religião N=45	Sem religião N=15		
Jovens	M (dp)	M (dp)	Teste t	p-valor
Dependência física e emocional e antiquado	21,66 (4,66)	22,66 (4,20)	,738	,465
Incompetência relacional e cognitiva	20,66 (6,21)	21,00 (3,85)	,241	,811
Maturidade relacional e cognitiva	21,80 (2,85)	20,00 (2,80)	-2,116	,039*
	Com religião N=38	Sem religião N=7		
Adultos mais velhos				
Dependência física e emocional e antiquado	18,92 (5,65)	20,00 (5,00)	,471	,640
Incompetência relacional e cognitiva	23,85 (7,13)	25,33 (5,64)	,481	,633
Maturidade relacional e cognitiva	20,57 (4,98)	17,14 (4,37)	-1,702	,096 †

† $p<0,09$; * $p<0,05$; ** $p<0,01$; *** $p<0,001$

Em relação à análise das imagens da velhice em função da religião aplicou-se o teste t de modo a confirmar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os jovens e os adultos mais velhos com ou sem religião (tabela 16).

No que diz respeito ao fator “Dependência física e emocional e antiquado”, são os jovens sem religião ($n=15$) que possuem uma média de imagens e estereótipos maior ($M=22,66$; $DP=4,20$) comparativamente aos que têm religião ($M=21,66$; $DP=4,66$). No caso dos adultos mais velhos acontece o mesmo, ou seja, os adultos mais velhos sem religião possuem uma média de imagens e estereótipos de 20,00 ($DP=5,00$), enquanto os que têm religião reportam uma média de 18,92 ($DP= 5,65$), não existindo diferenças estatisticamente significativas.

Quanto ao fator “Incompetência relacional e cognitiva” não se verificam diferenças estatisticamente significativas em função dos grupos de religião. No entanto, os jovens e os adultos mais velhos sem religião que têm uma média superior ($M=21,00$; $DP=3,85$) e ($M=25,33$; $DP=5,64$) relativamente aos jovens e aos adultos mais velhos com religião ($M=20,66$; $DP=6,21$) e ($M=23,85$; $DP= 7,13$).

Por fim, no fator “Maturidade relacional e cognitiva”, observam-se diferenças estatisticamente significativas em relação à religião no grupo dos jovens ($t(55)=-2,116$; $p=,039$) e marginalmente significativas no grupo dos adultos mais velhos ($t(43)=-1,702$; $p=,096$). Isto quer dizer que os jovens com religião possuem um maior número de imagens acerca da velhice ($M=21,80$; $DP=2,85$) comparativamente aos que não têm qualquer tipo de religião ($M=20,00$; $DP=2,80$). No caso das pessoas mais velhas, são também as pessoas com religião que têm uma média de imagens e estereótipos superior acerca da velhice ($M=20,57$; $DP=4,98$) em comparação com aquelas sem religião ($M=17,14$; $DP=4,37$).

5. Análise da relação entre a qualidade de vida, características sociodemográficas e imagens da velhice

Neste ponto descreve-se a relação entre os domínios da qualidade de vida, os grupos de idade e as imagens da velhice.

Tabela 17. Diferenças nos domínios da Qdv em função do grupo etário (teste t)

	Jovens (17-24 anos) N=62 M (dp)	Adultos mais velhos (65 + anos) N=60 M (dp)	Teste t	p-valor
Faceta geral	72,98 (15,21)	67,58 (16,26)	-1,886	,062 ‡
Domínio Físico	74,87 (12,98)	71,76 (16,18)	-1,121	,265
Domínio Psicológico	68,14 (16,5)	73,52 (14,5)	1,780	,078 ‡
Domínio das Relações Sociais	76,38 (17,9)	70,65 (13,6)	-1,827	,071 ‡
Domínio Ambiente	70,01 (16,3)	70,28 (14,5)	,092	,927

‡ $p<0,09$; * $p<0,05$; ** $p<0,01$; *** $p<0,001$

Relativamente às diferenças nos domínios da qualidade de vida em função do grupo etário (Tabela 17) utilizou-se o teste t para amostras independentes. A partir da análise é possível verificar que existem diferenças marginalmente significativas em todos os domínios à exceção do domínio físico e do domínio ambiente.

Mais especificamente, em relação à faceta geral observam-se diferenças marginalmente significativas entre os dois grupos etários, ($t(119)=-1,886$; $p=,062$), sendo que os jovens demonstraram melhores indicadores de qualidade de vida ($M=72,98$; $DP=15,21$) comparativamente aos adultos mais velhos ($M=67,58$; $DP=16,26$).

Em relação ao domínio psicológico, observam-se diferenças marginalmente significativas entre os jovens e os adultos mais velhos ($t(108)=1,780$, $p=,078$), no entanto são os adultos mais velhos que relatam maior qualidade de vida ($M=73,52$; $DP=14,5$) do que os jovens ($M=68,14$; $DP=16,5$). Também foram encontradas diferenças marginalmente significativas em relação ao domínio das relações sociais ($t(106)=-1,827$, $p=0,071$), sendo os jovens quem apresenta melhor qualidade de vida ($M=76,38$; $DP=17,9$).

Tabela 18. Associação entre a Qdv e as Imagens da velhice

		Faceta geral	Domínio Físico	Domínio Psicológico	Domínio das Relações Sociais	Domínio Ambiente	Dependência física e emocional e antiquado	Incompetência relacional e cognitiva	Maturidade relacional e cognitiva
Jovens	Faceta geral	1							
	Domínio Físico	,635***	1						
	Domínio Psicológico	,653***	,606***	1					
	Domínio das Relações Sociais	,418**	,442**	,630***	1				
	Domínio Ambiente	,766***	,543***	,619***	,514***	1			
	Dependência física e emocional e antiquado	-,265*	-,031	-,196	-,131	-,221 ƒ	1		
	Incompetência relacional e cognitiva	-,268*	,005	-,195	-,560	-,221 ƒ	,572***	1	
	Maturidade relacional e cognitiva	,420**	,260 ƒ	,464***	,396**	,534***	-,495***	-,562***	1
Adultos mais velhos	Faceta geral	1							
	Domínio Físico	,678***	1						
	Domínio Psicológico	,405**	,716***	1					
	Domínio das Relações Sociais	,531***	,629***	,555***	1				
	Domínio Ambiente	,493***	,675***	,483**	,661***	1			
	Dependência física e emocional e antiquado	-,131	-,444**	-,442**	-,359**	-,374**	1		
	Incompetência relacional e cognitiva	-0,13	-,382*	-,466**	-,354*	-,507**	,736***	1	

Maturidade relacional e cognitiva	,157	,223	,242	,305 ‡	0,217	,029	-,184	1
--------------------------------------	------	------	------	--------	-------	------	-------	---

‡ p<0,09; *p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

De forma a analisar as associações entre os domínios da qualidade de vida e as imagens da velhice utilizou-se o coeficiente de correlação de Pearson (Tabela 18).

No que diz respeito ao fator “Dependência física e emocional e antiquado”, no caso dos jovens observa-se uma correlação negativa estatisticamente significativa na faceta geral da qualidade de vida ($r=-,265$; $p=,037$) e uma correlação negativa marginalmente significativa no domínio ambiente ($r=-,221$; $p=,085$). No entanto, não há correlações estatisticamente significativas nos outros domínios da qualidade de vida. No caso dos adultos mais velhos, verificam-se correlações negativas estatisticamente significativas nos domínios físico ($r=-1,31$; $p=,002$); Psicológico ($r=-,444$; $p=,003$), relações sociais ($r=-3,59$; $p=,018$) e ambiente ($r=-,374$; $r=,011$), não se verificando correlações estatisticamente significativas na faceta geral da qualidade de vida.

Quanto ao fator “Incompetência relacional e cognitiva” existe uma correlação negativa estatisticamente significativa na faceta geral da qualidade de vida ($r=-,268$; $p=,040$) e uma correlação negativa marginalmente significativa relativamente ao domínio ambiente ($r=-,221$; $p=,093$), no caso dos jovens. Não existem correlações estatisticamente significativas entre os outros domínios da qualidade de vida. Em relação aos adultos mais velhos, observam-se correlações negativas estatisticamente significativas nos domínios físico ($r=-3,82$; $p=,014$), psicológico ($r=-,466$; $p=,004$), das relações sociais ($r=-,354$; $p=,032$) e ambiente ($r=-,507$; $p=,001$)).

Por fim, observa-se uma correlação positiva estatisticamente significativa entre o fator “Maturidade relacional e cognitiva” e a faceta geral da qualidade de vida ($r=,420$; $p=,001$), o domínio psicológico ($r=,464$; $p=,001$), o domínio das relações sociais ($r=,396$; $p=,002$) e o domínio ambiente ($r=,534$; $p=,001$) e uma correlação positiva marginalmente significativa com o domínio físico ($r=,260$; $p=,053$). No caso dos mais velhos não existem correlações estatisticamente significativas entre este fator e a maior parte dos domínios da qualidade de vida, à exceção do domínio das relações sociais, onde se regista uma correlação positiva marginalmente significativa ($r=,305$; $p=,053$).

CAPÍTULO IV – DISCUSSÃO DE RESULTADOS E CONCLUSÃO

Discussão de Resultados

Considerando os resultados obtidos, importa proceder à sua interpretação e discussão a partir do enquadramento teórico e empírico e do objetivo do estudo, nomeadamente analisar a relação entre as imagens e estereótipos sobre a velhice e a qualidade de vida de jovens adultos e adultos mais velhos. Mais especificamente, pretendeu-se: (1) caracterizar as imagens e estereótipos de jovens adultos e adultos mais velhos sobre a pessoa idosa e o processo de envelhecimento (2) avaliar a relação entre as imagens e estereótipos sobre a velhice e variáveis específicas (género, escolaridade, grupo etário, etc); e (3) analisar se existem diferenças em relação à imagem e estereótipos sobre a velhice em função da geração de pertença (jovens adultos e adultos mais velhos).

Neste seguimento, os resultados vão ser discutidos seguindo a ordem pela qual se encontram organizados no capítulo anterior.

Assim, este estudo é composto por 122 participantes, tendo sido organizados em dois grupos de idade: o grupo dos jovens ($n=62$) e o grupo de pessoas mais velhas ($n=60$). Os participantes têm idades compreendidas entre os 17 e os 83 anos ($M=45,34$; $DP=26,1$), são maioritariamente do sexo feminino, 69,4% ($n=84$), solteiros 53,5% ($n=65$) e com escolaridade ao nível do 10º-12º ano (55%). A maioria dos participantes reside na zona Norte de Portugal, sendo que 38,5% habita na zona do porto, 23,8% na zona de braga e 23% na zona de viana do castelo. A maioria reside, em média, com 2,21 pessoas ($DP=1,50$), mais precisamente com outros familiares (64,3%) ou com o conjugue (25,5%). Os participantes do grupo com idades entre os 17 e os 24 anos são na sua totalidade estudantes e o grupo com 65 ou mais anos é predominantemente constituído por pessoas reformadas. As atividades relacionadas com o ensino, nomeadamente ser professor (37,1%) e as atividades relacionadas com o comércio, como técnico de vendas (14,3%) foram, no geral, das últimas atividades profissionais desempenhadas pelos participantes mais velhos. Verifica-se ainda que, da totalidade dos participantes, apenas 45 fazem parte de um grupo comunitário. Por fim, os participantes usufruem de um rendimento mensal que, no seu entender, lhes permite viver com alguma facilidade face às despesas (48,3%). Há, no entanto, 32,2% dos participantes que possuem um rendimento mensal que cria alguma dificuldade perante as despesas.

Deste modo, as características sociodemográficas vão ao encontro da investigação no domínio. Ao termos em conta a amostra do estudo, é visível que predomina o sexo feminino, resultado este que se pode dever à feminização na velhice. Segundo Rosa (2012), as mulheres têm demonstrado uma esperança média de vida superior à dos homens, sendo caracterizada atualmente pelos 82 anos no caso das mulheres e pelos 76 anos no caso dos homens. Moreira

(2020) refere também que nos encontramos perante um cenário de envelhecimento onde prevalecem as mulheres referindo que a conjugalidade em idades avançadas não é vivenciada de igual forma no masculino e no feminino, uma vez que a longevidade das mulheres é maior. Em relação aos resultados referentes ao estado civil observa-se uma maior existência de participantes solteiros, sendo que isto se poderá dever ao facto de a amostra ser composta por mais jovens (n=62) do que adultos mais velhos (n=60). Os participantes apresentam um nível de escolaridade que se situa maioritariamente entre o 10º-12º ano. Este aspeto pode estar relacionado com o facto de que a amostra é constituída por estudantes do IPVC e adultos mais velhos que frequentam Universidades Séniores. Importa ainda referir que o facto de os participantes pertencerem à zona Norte de Portugal se deve aos procedimentos de amostragem definidos, na medida em que os dados foram recolhidos em escolas do IPVC e em Universidades Séniores da região.

Observa-se ainda que os participantes com idades compreendidas entre os 17 e os 24 anos são na sua totalidade estudantes, uma vez que se encontram a frequentar o IPVC, enquanto os participantes com 65 ou mais anos são predominantemente reformados. Considerando a idade da reforma em Portugal (em 2024, a idade normal de acesso à reforma sem penalizações são os 66 anos e quatro meses; Segurança Social, 2024) e o facto de todos frequentarem Universidades Séniores, este resultado seria expectável. Em relação aos rendimentos, apesar de uma grande parte dos participantes usufruírem de um rendimento que lhes permite gerir as despesas com alguma facilidade, existe uma parte que vive com alguma dificuldade, o que se considera um fator negativo uma vez que pode provocar junto destas pessoas um pior bem-estar. De facto, segundo o ILC-Brasil (2015), os rendimentos tendem a definir as opções dos indivíduos relativamente à habitação, alimentação, educação, saúde, entre muitos outros aspetos, pelo que pessoas com mais recursos financeiros apresentam habitualmente melhores índices de bem-estar.

Para além do exposto, é de referir que os participantes apresentam uma boa saúde física (40,8%) e uma boa saúde mental (41,7%). No grupo dos jovens, os participantes relatam ter uma saúde física e mental boa (41,7%), enquanto no grupo dos adultos mais velhos, 41,4% dos participantes refere ter uma saúde física razoável e 39,6% uma boa saúde mental. Dos 112 participantes, 95 mencionam ainda beneficiar de um acompanhamento adequado face às suas necessidades (80,5%). Particularmente no caso dos adultos mais velhos, os resultados relativos à saúde física e mental consideram-se positivos sendo que a participação destas pessoas numa universidade sénior poderá ser uma mais-valia. De acordo com Almeida (2016) a Universidade Sénior propicia a saúde física e mental das pessoas mais velhas e a interação social, proporcionando aprendizagem, vivência de novas experiências e a criação de novos contactos e

redes sociais, auxiliando no combate da solidão e isolamento. A partir dos resultados obtidos verifica-se ainda a não existência de diferenças estatisticamente significativas em relação à saúde mental entre jovens e adultos mais velhos. Sobre este assunto, Baltes e Smith (2003/2006) referem que as pessoas idosas classificam a sua saúde como sendo melhor do que realmente é, e que, portanto, as avaliações subjetivas relativamente à saúde não se alteram conforme a idade. Estes resultados também se podem dever ao facto de uma grande parte dos participantes mais velhos referir acompanhamento médico adequado às suas necessidades.

Neste estudo também se verificou que a maior parte dos participantes confirma ter uma religião (81,2%), praticando-a uma vez por mês ou mais (42%), sendo que o grupo de idades 17-24 anos com um tipo de religião (75%) pratica menos de uma vez por mês (39,6%) e o grupo de idades 65 mais anos com algum tipo de religião (86%) executa essa prática uma vez por semana ou mais (57,1%). A partir destes resultados observa-se que, apesar de ambas as faixas etárias terem algum tipo de religião, são os adultos mais velhos que possuem uma maior regularidade dessa prática. Estes resultados vão ao encontro da investigação no domínio na medida em que para muitos jovens a religião já não se caracteriza por ser a dimensão, mas sim por ser apenas uma dimensão, verificando-se cada vez menos a relação entre eles (Vilaça, 2017). Vivemos numa época de grande diversidade de posições, sendo que os contextos em que os jovens vivem, as famílias e as escolas que os formam apresentam posições diferentes (Duque & Vásquez, 2020), levando a uma vivência menos secularizada (Moniz, 2019). Para os adultos mais velhos, a perspetiva é habitualmente diferente, uma vez que a religião é considerada um recurso de apoio importante para enfrentar vários problemas. Como defendem Lima et al., (2019), a pessoa idosa que se encontra presente num contexto religioso apresenta um contacto social maior, um sistema de apoio superior, ajuda-as a lidar com as suas dificuldades do dia a dia, contribuindo para a sua saúde e para uma melhor qualidade de vida.

Em relação aos domínios da qualidade de vida verifica-se que na faceta geral, os participantes apresentam uma média de 70,35 pontos, traduzindo-se num nível moderado de qualidade de vida, com o grupo de idade de 17-24 anos a pontuar mais alto ($M=72,98$) em relação ao grupo de idade com 65 mais anos ($M=67,58$). Uma vez que a questão da faceta geral da qualidade de vida se encontra diretamente ligada à perceção da saúde geral da pessoa (Canavarro et al., 2010) e os participantes de ambas as faixas etárias apresentaram uma saúde mental boa, os resultados podem ser parcialmente explicados por esta associação. Da mesma forma, os jovens demonstraram ter uma saúde física melhor em comparação com os adultos mais velhos, o que pode ter contribuído para uma perceção da qualidade de vida melhor.

Observou-se ainda que o domínio das relações sociais obteve uma pontuação média mais alta ($M=73,84$) e o domínio ambiente uma pontuação média mais baixa ($M=70,13$). Ao

considerarmos os grupos etários, verifica-se que os jovens registaram uma pontuação média mais alta no domínio das relações sociais ($M=76,38$) e uma pontuação mais baixa no domínio psicológico ($M=68,14$). Tais resultados não vão totalmente de acordo à investigação no domínio, na medida em que noutros estudos se verificou que as médias eram mais elevadas no domínio das relações sociais e menores no domínio ambiente (Almeida-Brasil et al., 2017). No estudo realizado por Li et al., (2008) surge o domínio físico com a pontuação média mais alta e o domínio ambiente com a pontuação média mais baixa. Ao termos em conta o estudo de Krägeloh et al., (2011), o domínio ambiente apresenta pontuação média mais alta e o domínio das relações sociais uma pontuação média mais baixa. Por outro lado, no grupo dos adultos mais velhos, verifica-se que o domínio psicológico teve uma pontuação média mais alta ($M= 73,52$) e o domínio ambiente uma pontuação média mais baixa ($M=70,28$). Estes resultados vão ao encontro do estudo desenvolvido por Costa et al., (2018) na medida em que o domínio psicológico surge com uma pontuação média superior e o domínio ambiente com uma pontuação média inferior. No entanto, os resultados também não vão totalmente de acordo com a investigação no domínio, na medida em que após a análise de alguns estudos, verificou-se que o domínio das relações sociais surge como tendo a pontuação mais alta e o domínio ambiente como tendo a pontuação mais baixa (Miranda et al., 2016; Rodrigues et al., 2017). De forma a complementar esta informação, também se observaram investigações em que a pontuação média mais alta foi no domínio psicológico (Bastos et al., 2020; Ferretti et al., 2015), e a pontuação média mais baixa foi no domínio físico (Bastos et al., 2020) e no domínio das relações sociais (Bastos et al., 2020; Ferretti et al., 2015).

Analisando os resultados obtidos nos domínios da escala de Imagens da Velhice “ImAges”, constata-se que o domínio relativo à Incompetência relacional e cognitiva apresentou a pontuação média mais alta ($M= 22,01$) e o domínio relativo à Dependência física e emocional e antiquado demonstrou a pontuação média mais baixa ($M=20,62$). Estes resultados não vão ao encontro à investigação no domínio. Ao termos em conta o estudo de Cerqueira (2010) verifica-se que após a aplicação do questionário, o fator “Dependência física e emocional e antiquado” surge com uma pontuação média superior e o fator “Incompetência relacional e cognitiva” surge com uma pontuação média inferior. Ao considerarmos os grupos de idades, constata-se que os jovens apresentam uma pontuação média superior no fator “Dependência física e emocional e antiquado” e uma pontuação média inferior no fator “Incompetência relacional e cognitiva”. Estes resultados vão, no entanto, ao encontro de outros estudos onde foi aplicado o mesmo tipo de questionário aos jovens, sendo que a pontuação média superior surge no fator “Dependência física e emocional e antiquado” e a pontuação média inferior aparece no fator “Incompetência relacional e cognitiva” (Pinto, 2012). Tendo em conta o estudo de Cerqueira (2010), observou-

se na faixa etária dos 13-17 anos uma pontuação maior no fator “Dependência física e emocional e antiquado” e na faixa etária dos 23-27 anos uma pontuação superior no fator “Maturidade relacional e cognitiva”, no entanto em ambas as idades o fator que prevaleceu com menor média foi o fator “Incompetência relacional e cognitiva”.

Já na faixa etária dos adultos mais velhos constatou-se que o fator “Incompetência relacional e cognitiva” apresenta uma pontuação média superior e o fator “Dependência física e emocional e antiquado” uma pontuação média inferior. Estes resultados não estão totalmente de acordo com a investigação no domínio, uma vez que Silva (2014) concluiu que os adultos mais velhos apresentavam mais pontuação ao nível do fator “Incompetência relacional e cognitiva” e menos pontuação ao nível do fator “Maturidade relacional e cognitiva”. No mesmo seguimento, Cerqueira (2010) também observou que no intervalo de idades entre os 63 e os 87 anos de idade existia um maior nível de imagens junto do fator “Dependência física e emocional e antiquado” e um menor nível de imagens relativo ao fator “Incompetência relacional e cognitiva”.

Procedendo-se à análise das questões específicas no âmbito do idadismo verifica-se que os itens mais referidos pelas duas faixas etárias foram os mesmos. “A idade é um fator que condiciona o desempenho de algumas atividades” ($M=3,74$; $DP=0,88$); “Mesmo não solicitando ajuda, os adultos mais velhos devem ser ajudados” ($M=3,70$; $DP=0,96$); e “As pessoas mais velhas sofrem mais de discriminação do que as pessoas de idades mais jovens” ($M=3,44$; $DP=0,99$). Relativamente ao primeiro item “A idade é um fator que condiciona o desempenho de algumas atividades” é de referir que à medida que a idade avança, determinadas mudanças podem condicionar as pessoas mais velhas na realização de certas atividades. No entanto, não é por isso que os adultos mais velhos devem ser vistos como inativos ou menos capazes, até porque as tarefas podem ser ajustadas às suas condições. De forma a complementar esta informação, Lima (2010) defende que a fase da velhice se caracteriza por ser propícia a perdas ou diminuição da capacidade funcional, não querendo isto dizer que os adultos mais velhos não consigam ter uma vida serena. Neste sentido, Rosa (2012) refere que os adultos mais velhos não devem ser vistos como inativos em comparação com outras faixas etárias, uma vez que não existe fundamento científico que comprove que os adultos mais velhos são menos produtivos e recetivos à evolução, sabendo-se apenas que certas tarefas exigem mais destreza física que outras. A velhice possui, na linha de Lima (2010), a sua própria funcionalidade. Contudo, a idade é o motivo pelo qual os adultos mais velhos se sentem muitas vezes discriminados, sendo caracterizados unicamente pela sua idade e não pelas suas capacidades pessoais (Costa, 2017).

Em relação ao segundo item “Mesmo não solicitando ajuda, os idosos devem ser ajudados”, é de referir que à medida que se vai envelhecendo, podem ocorrer algumas alterações a nível físico e mental. Sobre este assunto, Silva (2014) defende que a fase da velhice

pode ser uma fase problemática devido ao início da deterioração física e do aparecimento de doenças, bem como da proximidade à morte. Deste modo, a pessoa idosa pode necessitar de ajuda ao nível da saúde física e emocional, visto que pode ficar dependente e limitada na relação que estabelece com as outras pessoas. De qualquer forma, este é um aspeto que não pode ser generalizado pois o processo de envelhecimento é heterogéneo e, portanto, as pessoas desenvolvem-se e envelhecem de forma distinta.

Por último, no que diz respeito ao item “As pessoas mais velhas sofrem mais de discriminação do que as pessoas de idades mais jovens” importa termos em conta a investigação no domínio. É de referir que, apesar do preconceito de idade se manifestar noutras faixas etárias, é na população idosa que este fenómeno é mais predominante (Marchetti et al., 2021; Ayalon & Tesch-Römer, 2017), acabando por serem as pessoas mais velhas as mais discriminadas em diversas áreas das suas vidas (ex., emprego, saúde, alojamento ou relações com amigos, familiares e estranhos) (Allen et al., 2021). Para além do exposto, é de constatar que nos encontramos numa sociedade em que é dada a prioridade ao “novo” e à “mudança”. Por outras palavras, Vieira e Maciel (2020) defendem que atualmente o valor da pessoa passa pela sobrevalorização da juventude e pela produtividade, contribuindo para que a imagem da pessoa mais velha passe pela improdutividade, apatia, cansaço, doença, entre muitas outras características menos positivas. Um exemplo em que esta situação está muito presente está relacionado com o uso das tecnologias, uma vez que é na juventude que mais se investe em termos de formação e, por consequência, a imagem da pessoa mais velha acaba por ser negativa no que diz respeito a este assunto (Marques, 2011).

Analisando as perceções dos participantes relativas a situações de idadismo, constata-se que apenas 11,4% já presenciaram ou estiveram envolvidos em situações de discriminação por idade. No entanto, 20,7% consideram que os adultos mais velhos deixam de ter competências para desempenhar qualquer tipo de atividade profissional, sendo o setor do trabalho, o contexto onde existe mais preconceito de idade mencionado pela maioria dos participantes (63,5%). Estes resultados vão ao encontro da investigação no domínio. Atendendo às alterações decorrentes do processo de envelhecimento que implicam, simultaneamente ganhos e perdas, a posição do mercado de trabalho tem sido algo penalizadora para os trabalhadores mais velhos. Um estudo desenvolvido por Cepellos et al., (2013) concluiu que apesar dos gestores reconhecerem que as pessoas mais velhas evidenciam qualidades positivas (produtividade, confiabilidade, comprometimento, pontualidade), na maior parte das vezes não estão abertas para a contratação de profissionais numa fase tardia da vida ativa ou que se encontram próximos da idade da reforma. Para além disto, os autores consideram ainda que a ausência de atualização, limitações físicas e mentais, salários altos e a contrariedade na

aceitação de profissionais mais jovens constitui uma barreira para a formação de equipas com profissionais mais velhos. De forma a complementar esta informação, Vasconcelos (2016) refere que a crença relativa ao declínio da capacidade de aprendizagem das pessoas desta faixa etária é um dos pontos mais presentes nas políticas e práticas de gestão das empresas.

Na mesma linha, Posthuma et al., (2012) classificaram vários tipos de estereótipos de idade presentes no local de trabalho referindo que a maioria são de carácter negativo. Esses estereótipos decorrem da ideia de que o desempenho dos trabalhadores mais velhos é inferior, ou seja, é marcado pela oposição à mudança, baixa capacidade de aprendizagem, baixas classificações nas entrevistas, entre outros. Segundo Rosa (2012), este tipo de pensamento é reducionista, uma vez que em termos económicos, os trabalhadores mais velhos podem ser o veículo para a criação da riqueza e desenvolvimento de novos postos de trabalho. Assim, Batista e Teixeira (2021) consideram que face ao envelhecimento populacional é fundamental a criação de políticas públicas que permitam que o trabalhador mais velho tenha condições apropriadas para se manter ativo, tendo em conta a proteção da sua saúde e qualidade de vida.

Neste sentido, um estudo desenvolvido por Merkus et al., (2019) demonstrou que preservar a capacidade física do trabalhador é uma solução para a preservação de uma boa saúde e atividade profissional até à fase da reforma. Deste modo, para se conseguir prolongar a vida laboral da pessoa idosa torna-se essencial a realização de adaptações no trabalho onde a pessoa se encontra, requerendo menor esforço físico e, consequentemente, levando a um desgaste menor na saúde da pessoa desta faixa etária. Um estudo realizado por Burmeister et al., (2020) apurou que ter pessoas idosas nas empresas é muito vantajoso, na medida em que propicia a partilha de conhecimento entre as gerações, motiva os funcionários e provoca junto do trabalhador mais velho um maior desejo de se manter ativo.

Assim, após a análise das perceções relativas a situações de idadeísmo, importa destacar os principais tipos de discriminação mencionados pelos participantes: a incapacidade (39,1%) e a discriminação (17,3%), no caso do grupo de idades 17-24 anos e o abandono/negligência e a desconsideração/indiferença, no caso do grupo de idades de 65 ou mais anos.

Atendendo aos tipos de discriminação referidos pelo grupo etário dos jovens, é notória a evidência da incapacidade com maior percentagem. Segundo Cerqueira (2010), a incapacidade reflete-se no obstáculo ou dificuldade para desempenhar atividades do dia-a-dia que se consideram fundamentais para que se consiga ter uma vida independente. É influenciada pelas condições de saúde física e pelos aspetos psicológicos e sociais da pessoa. Assim, a presença de funcionalidade ou incapacidade poderá condicionar de forma positiva ou negativa a capacidade da pessoa para conseguir tomar decisões e comportar-se de maneira independente no decorrer do seu processo de envelhecimento. No entanto, o envelhecimento é considerado um dos

aspectos mais importantes a nível de saúde pública, uma vez que é acompanhado por determinadas fragilidades, sendo uma delas a deterioração física. Este tipo de situações pode atribuir à velhice vários estereótipos considerando as pessoas mais velhas como sendo decadentes, incapazes, doentes, dependentes a nível físico e económico e com problemas a nível de memória (Koch et al., 2008).

No que se refere à discriminação, Teixeira et al., (2024) assinala que esta é uma ação que demonstra um tratamento injusto, agressivo e ilegal para com a outra pessoa. Para além disto, a discriminação com base na idade engloba ações inadequadas para com os indivíduos de uma faixa etária, compreendendo a sua exclusão ou inclusão por causa da idade cronológica que possuem. Ou seja, centraliza-se no elemento *idade* e não nas capacidades que os indivíduos apresentam (Cerqueira, 2010). Todavia, é frequente que esta discriminação se encontre de alguma forma camuflada, ou seja, apresentando-se num lugar mais amplo do que individual. Por outras palavras, o acesso à educação, residência, emprego, saúde, justiça, entre outros aspetos não se considera, em certas situações, igual para todas as pessoas, apesar de legalmente todos termos os mesmos direitos. Nesta linha de pensamento, a sociedade e a cultura caracterizam-se por serem um veículo que transmite pensamentos pré-concebidos que podem beneficiar ou prejudicar a imagem de determinados grupos sociais. Fazendo referência aos adultos mais velhos, é de salientar que as pessoas desta faixa etária são consideradas como um grupo vulnerável e mais propenso a comportamentos discriminatórios (Catita, 2008). Assim, as características associadas aos mais velhos dependem do contexto sociocultural em que os indivíduos se encontrem inseridos, sendo que cada comunidade confere princípios e interesses diferentes às pessoas desta faixa etária, à temática da velhice e ao processo de envelhecimento (Freitas et al., 2002).

Relativamente à perceção do grupo de adultos mais velhos, verifica-se que quer o abandono/negligência, quer a desconsideração/indiferença foram os tipos de discriminação mais salientados pelas pessoas desta faixa etária. No que se refere ao abandono/negligência, a investigação no domínio sugere que a dependência se considera um fator cada vez mais presente no envelhecimento, podendo transformar-se numa situação de risco, visto que muitas pessoas idosas são vítimas de abandono/negligência por parte das suas famílias e do Estado (Berzins & Watanabe, 2005). Segundo a APAV (2020), o abandono caracteriza-se por ser o distanciamento físico e/ou emocional absoluto e definitivo que conduz à ausência de prestação de cuidados e leva o adulto mais velho à total necessidade do apoio da família ou de outras pessoas. Por negligência entende-se a recusa, omissão ou incompetência relativamente à prestação de cuidados, obrigações ou deveres ao adulto mais velho por parte do seu cuidador. Esta situação leva a que as pessoas desta faixa etária percam o seu estatuto e a sua identidade

enquanto cidadãos, fazendo com que muitas pessoas experimentem na fase da velhice uma situação de vulnerabilidade social (Berzins & Watanabe, 2005). Neste sentido, Gil e colaboradores (2015) defendem que para além de ser um problema de ordem social, se considera igualmente uma violação dos Direitos Humanos e que, portanto, devem ser definidas medidas de política que se baseiem na proteção dos mais velhos e que em articulação com os vários setores e profissionais na área do envelhecimento, como é o caso da Gerontologia, promovam os direitos e previnam a violência contra os adultos mais velhos.

Relativamente à desconsideração/indiferença, é importante referir que a quantidade de preconceitos e estereótipos acerca da pessoa mais velha contribui para que esta seja desconsiderada e vista com indiferença aos olhos da sociedade. De facto, segundo Verde e Almeida (2018), o estatuto social do adulto mais velho encontra-se cada vez mais reduzido, sendo que as ideias pré-concebidas acerca do envelhecimento podem tornar a pessoa mais velha num ser humano visto como irrelevante. Além disso, devido à pressão destas ideias, o adulto mais velho pode sentir-se ultrapassado, julgando que na atualidade o seu contributo já se esgotou. Ao considerarmos a comunicação social, por exemplo, verifica-se que o “ser velho” é demonstrado como sendo um “problema” (Souza, 2002), o que contribui para a desconsideração da opinião destas pessoas, provocando junto destes indivíduos desconsideração da sua auto-perceção no processo de envelhecimento (Guerra & Caldas, 2010). Segundo Maia (2021), apesar de existirem pessoas com idades avançadas a usufruírem, na maior parte das circunstâncias, de uma qualidade de vida boa e com uma considerável funcionalidade, a nível físico e mental, ainda se verifica uma propensão para a desconsideração das pessoas mais velhas. Esta desconsideração exprime-se em certas ideias, como por exemplo: os adultos mais velhos consideram-se inaptos ao desenvolvimento, o processo de envelhecimento reflete-se numa “segunda infância”, as pessoas idosas são rígidas à mudança, têm um poder de decisão restrito e apresentam problemas em se envolverem em novos projetos. Registam-se também determinadas imagens como doença, reforma, incapacidade, entre outras (Maia, 2021).

Relativamente aos principais resultados do estudo em termos das análises inferenciais realizadas, importa atender ao seguinte: os adultos mais velhos possuem mais imagens negativas do que os jovens; o sexo masculino relaciona mais o envelhecimento a uma fase negativa do que o sexo feminino; jovens com mais escolaridade demonstram imagens e estereótipos piores associados à velhice refletindo-se na incompetência relacional e cognitiva do adulto mais velho, enquanto os adultos mais velhos mais escolarizados apresentam imagens positivas ligadas ao processo de envelhecimento em comparação com os adultos mais velhos menos escolarizados; jovens e adultos mais velhos que têm uma prática religiosa são as pessoas que demonstram menos perceções negativas relativamente ao envelhecimento em comparação

com os participantes que não possuem de qualquer tipo de prática religiosa; não se verificaram associações estatisticamente significativas em relação à variável saúde nos jovens, mas observaram-se associações significativas do ponto de vista estatístico nos adultos mais velhos, na saúde mental e, por último, observaram-se associações estatisticamente significativas entre os domínios da qualidade de vida e as imagens da velhice, na medida em que em ambos os grupos de idade, mais imagens negativas associadas ao envelhecimento mostraram-se associadas a pior qualidade de vida.

Em relação às imagens da velhice em função do grupo etário (jovens e adultos mais velhos) observam-se diferenças estatisticamente significativas nos fatores “Dependência física e emocional e antiquado” e “Incompetência relacional e cognitiva” e marginalmente significativas no fator “Maturidade relacional e cognitiva”. Além disso, ao termos em conta os valores médios obtidos por cada grupo etário, são os jovens que possuem menos imagens e estereótipos acerca da velhice, quando comparados com o grupo etário dos adultos mais velhos. Estes resultados vão ao encontro da literatura na medida em que os jovens, quando questionados acerca do processo de envelhecimento e da sua perceção sobre a pessoa idosa, apresentam uma opinião positiva relativamente aos adultos mais velhos (Zanatta et al., 2021), caracterizando o envelhecimento como uma fase positiva da vida (Medeiros et al., 2021). Em particular, os jovens descrevem os adultos mais velhos como sendo pessoas com sabedoria, experiência e com capacidades para executar as suas tarefas (Pereira, 2022). Pelo contrário, Teixeira et al., (2024), num estudo desenvolvido com adultos mais velhos, refere que os mais velhos tendem a percecionar o envelhecimento a partir de estereótipos negativos, acabando frequentemente por interiorizar sentimentos negativos por pertencerem a um grupo social desvalorizado a nível social. Os adultos mais velhos referem ainda que existe preconceito, no entanto percebem a dificuldade de reconhecer que estão a ser atingidos de forma direta pela discriminação. Com efeito, um estudo desenvolvido por Silva (2011) concluiu que a imagem do envelhecimento se vai tornando mais negativa à medida que a idade avança, ou seja, os jovens adultos demonstram uma perspetiva positiva ou neutra, acabando por piorar na meia-idade e sendo negativa na velhice. Por outras palavras, e como referido acima, os estereótipos enraizados nos jovens vão se agravando à medida que a idade avança, interiorizando este estereótipo desde as faixas etárias mais jovens e contribuindo para que as atitudes idadistas sejam comuns no nosso dia-a-dia (APAV, 2020).

Uma das explicações para estes resultados pode estar relacionada com o facto de existir contacto intergeracional entre os participantes, isto é, foram aplicados questionários aos adultos mais velhos da Universidade Sénior de Viana do Castelo na Escola Superior de Educação, escola esta em que também foram aplicados questionários aos estudantes. Esta possível

convivência entre os adultos mais velhos e os jovens pode ter contribuído para a desconstrução de certos preconceitos. De acordo com Gouveia e Silva (2015), o convívio intergeracional pode ser considerada uma atividade que pode auxiliar a ultrapassar determinados preconceitos, a promover o respeito mútuo e o reconhecimento entre as gerações, contribuindo para uma melhor qualidade de vida por parte das pessoas envolvidas.

Outro dos motivos pode estar relacionado com a possível relação que os jovens possuem com familiares mais velhos, na medida em que estas relações podem influenciar positivamente a sua percepção em relação ao processo de envelhecimento. Com efeito, segundo Santos e colaboradores (2011), a perspetiva que os jovens têm acerca dos mais velhos é, muitas vezes, sensibilizada pela imagem que estes têm acerca da sua pessoa de referência. Essa pessoa é frequentemente o seu avô/avó e é a relação que estabelece com estes indivíduos pertencentes à sua família e que fazem parte do seu quotidiano que faz com que os jovens desenvolvam uma imagem do envelhecimento.

No que se refere à análise das imagens da velhice em função do género verificam-se diferenças estatisticamente significativas nos fatores “Incompetência relacional e cognitiva” com os homens a pontuarem mais alto e no fator “Maturidade relacional e cognitiva” com as mulheres a pontuarem mais alto. No entanto, não existem diferenças estatisticamente significativas no fator “Dependência física e emocional e antiquado” em relação ao género. A partir desta análise é de constatar que são as mulheres que relacionam a pessoa idosa à maturidade, sabedoria, ser ativa e carinhosa, ou seja, possuem um conjunto de imagens positivas em relação ao envelhecimento. Por seu turno, os homens associam a velhice a perdas, nomeadamente a nível do desempenho cognitivo e comportamentos sociais inadequados, possuindo, assim, um conjunto de imagens negativas relacionadas com esta fase de vida. Tais resultados vão ao encontro dos estudos de Bodner et al., (2012), de Vicente (2012) e de Felipe e Sousa (2018) que verificaram que os homens demonstravam ter atitudes mais idadistas relativamente à velhice em comparação com as mulheres. No estudo desenvolvido por Sousa e Cerqueira (2006) também se verificou que as imagens que os homens possuem da velhice se relacionam com a incapacidade e a dependência. Por último, também Pavón e Arias (2013) observaram que os homens apresentam crenças menos favoráveis em comparação com as mulheres no que concerne às suas capacidades para enfrentar as mudanças que o processo de envelhecimento acarreta. Estes aspetos podem estar relacionados com o facto da imagem da mulher se encontrar muitas vezes associada à tarefa de cuidar, acabando por ter uma relação de maior proximidade com os seus filhos e pais (Cicireli, 2010), o que pode contribuir para que tenha uma percepção mais positiva do envelhecimento. Outra das explicações pode estar relacionada com a reforma, visto que para algumas pessoas do sexo masculino esta fase

representa um ideário negativo relacionado com o afastamento do mundo do trabalho e, por consequência com a sensação de perda de capacidades e sentimentos de inutilidade. De facto, de acordo com Burille e Bitencourt (2021), o afastar-se do mundo laboral e a reforma caracterizam-se por serem etapas de difícil adaptação para os homens mais velhos por associarem frequentemente as suas competências com a atividade profissional. Estas pessoas acabam assim por demonstrar sentimentos de inutilidade perante o seu contexto de dependência funcional, registando-se processos de envelhecimento marcados por tristeza e isolamento. Ao termos em conta a geração mais nova, estes resultados podem estar associados ao facto de as pessoas do sexo feminino, aparentemente com um papel relacional e familiar, terem um contacto intergeracional maior com indivíduos mais adultos mais velhos (Vicente, 2012).

Todavia, para além dos estudos evidenciados acima, existem outros que parecem não ir ao encontro dos resultados obtidos no presente estudo na medida em que são as mulheres o grupo com uma imagem mais negativa da velhice (Ribas & Pontes., 2010; Silva et al., 2020). Uma das explicações para estes resultados passa pela feminização da velhice, ou seja, como a esperança média de vida das mulheres é mais alta do que a dos homens, estas estão mais sujeitas ao aparecimento de doenças crónicas e isso pode condicionar a sua capacidade para realizar tarefas da vida diária e, conseqüentemente, a sua qualidade de vida (Cerqueira, 2010). Na sua perspetiva, o envelhecimento positivo caracteriza-se por ser aquele que possibilita às mulheres a continuação da realização das tarefas que a todo o momento se sucederam, tais como atividades domésticas, cuidar dos familiares, etc. (Daniel et al., 2016). Outro dos motivos pode estar associado ao estatuto social da mulher, na medida em que algumas ideias que se constroem ao longo da vida se refletem nas alterações associadas à velhice, nomeadamente as mudanças corporais. Sobre este assunto, Guerra (2017) refere que a menopausa é vista como a entrada no envelhecimento, sendo nesta etapa que a mulher “perde” os traços reconhecidos a nível social, como sendo a beleza, a juventude e a fertilidade. Deste modo, as mulheres apresentam mais “obrigações” a nível social quando demonstram sinais comuns ao processo de envelhecimento (Burille & Bitencourt, 2021), tais como o aparecimento de rugas ou cabelos brancos (Borges et al., 2017), contribuindo para que se sintam menos atraentes e com a auto-estima em baixo. Segundo Fonseca (2010), o envelhecimento abarca a perda do estatuto social na mulher, na medida em que transforma a sua imagem em menos atrativa numa comunidade onde um dos fatores que mais interfere na sua valorização social é a “atratividade da imagem”.

No que diz respeito à variável escolaridade, observam-se associações positivas e estatisticamente significativas em relação ao fator “Incompetência relacional e cognitiva” no grupo etário dos jovens, não se verificando correlações estatisticamente significativas nos

outros fatores das imagens da velhice. Já no grupo dos adultos mais velhos, observaram-se correlações negativas marginalmente significativas no fator “Incompetência relacional e cognitiva” e correlações marginalmente significativas no fator “Maturidade relacional e cognitiva”, não se observando correlações estatisticamente significativas no fator “Dependência física e emocional e antiquado”.

Assim, analisando os resultados obtidos no grupo etário dos mais jovens, é possível verificar que as pessoas desta faixa etária que apresentam maior nível de escolaridade demonstram imagens negativas associadas à velhice em termos de diminuição do desempenho cognitivo e comportamentos sociais inadequados. Este fator caracteriza o adulto mais velho como sendo uma pessoa “rabugenta”, “teimosa”, “triste”, “que não sente as emoções como antes”, entre outros adjetivos, prejudicando a interação destes indivíduos com os outros. Tais resultados não vão ao encontro da investigação de Álvarez-Darte et al., (2016) que, após desenvolver um estudo com jovens e adultos, concluiu que a variável idade se considerava importante porque poderia explicar as condições negativas presentes nestas pessoas relativamente ao envelhecimento, visto que os participantes mais escolarizados eram aqueles que menos estereótipos idadistas possuíam. No entanto, os resultados obtidos no presente estudo, isto é, serem as pessoas mais escolarizadas aquelas que apresentam mais imagens negativas associadas ao envelhecimento, podem estar relacionados com a amostra. Mais especificamente, a recolha de dados incluiu não apenas estudantes da área da Gerontologia, mas também estudantes de outras Escolas e de outras áreas do conhecimento. Além disso, foi precisamente nestas Escolas que o número de estudantes a frequentar formação pós-graduada se revelou mais elevado, o que pode ter influenciado o resultado obtido. Sobre este assunto, um estudo desenvolvido por Vicente (2012) com jovens e pessoas de meia-idade concluiu que os estudantes que beneficiaram de mais temas relacionados com o envelhecimento na sua formação académica eram aqueles que menos imagens e estereótipos negativos apresentavam relativamente à velhice em comparação com os jovens que frequentavam cursos que não abordavam a temática do envelhecimento. Assim, uma vez que muitos dos estudantes demonstram desconhecimento em relação às características da pessoa idosa e ao processo de envelhecimento (Vitorino & Morgado, 2014) é importante que as escolas e universidades integrem progressivamente um conjunto de conteúdos relevantes acerca do envelhecimento e da longevidade. De facto, à medida que a população mais velha aumenta, é fundamental que a sociedade disponha de conhecimento necessário e demonstre atitudes mais positivas relativamente aos mais velhos, podendo até incentivar os indivíduos a frequentar formações relacionadas com o envelhecimento (Wurtele & Maruyama, 2013; Macdonald & Levy, 2020).

No que diz respeito ao grupo dos adultos mais velhos, é de destacar que as pessoas que relatam ter menos imagens e estereótipos negativos e mais imagens positivas ligadas à velhice são aquelas que mais anos de escolaridade apresentam. Ou seja, estas pessoas associam a imagem do adulto mais velho a uma pessoa com maturidade, ativa, carinhosa, entre muitos outros aspetos positivos. Estes resultados vão ao encontro dos do estudo de Silva (2014), na medida em que os participantes que apresentavam mais imagens relacionadas com o fator “Incompetência relacional e cognitiva” e com o fator “Dependência física e emocional e antiquado” foram aquelas que apresentaram menor escolarização e, por sua vez, mais imagens negativas associadas à velhice, ao passo que os participantes que demonstravam mais imagens relacionadas com o fator “Maturidade relacional e cognitiva” foram os que possuíam um nível de escolaridade superior. Outro estudo desenvolvido por Fernandes et al., (2012) também vai ao encontro dos dados obtidos no presente estudo, uma vez que os participantes que eram analfabetos ou com baixo nível de escolaridade, eram aqueles que percecionavam maior discriminação associada à velhice. No entanto, os participantes que demonstravam ter maior nível de escolaridade eram as pessoas que apresentavam um menor número de episódios discriminatórios ligados à velhice.

Para além do exposto, o facto de os participantes adultos mais velhos pertencerem a uma Universidade Sénior também pode ter contribuído para que apresentassem imagens mais positivas sobre o processo de envelhecimento. Existindo a possibilidade de estarem propensos a maior conhecimento sobre o envelhecimento e a velhice, tal pode contribuir para a desconstrução de crenças negativas e uma perceção mais positiva desta fase de vida. Segundo Magalhães et al., (2010), a universidade direccionada para a terceira idade poderá ajudar na desconstrução de estereótipos e preconceitos ligados ao envelhecimento, provocando junto da pessoa mais velha um maior bem-estar e redução das percepções negativas que a sociedade abarca sobre as pessoas desta faixa etária. Outra das explicações pode estar relacionada com as habilitações para o mercado de trabalho. Dito de outro modo, e segundo Castro et al., (2019), a escolaridade considera-se um dos fatores mais importantes ligados à participação dos adultos mais velhos no mundo laboral, sendo que à medida que as pessoas vão envelhecendo, as melhores oportunidades de continuar no mercado de trabalho são dadas aos trabalhadores mais qualificados e com maior escolaridade. Na mesma linha, também Pinheiro (2020) refere que a baixa escolaridade nos mais velhos se encontra ligada à existência de mais preconceito junto destas pessoas, acabando estas por desempenhar atividades profissionais mais instáveis e com salários baixos.

Relativamente à variável saúde física e mental, não se verificaram associações estatisticamente significativas em nenhum dos fatores das imagens da velhice no grupo etário

dos mais jovens. No entanto, os jovens que possuíam mais imagens negativas dos adultos mais velhos nos fatores “Dependência física e emocional e antiquado” e “Incompetência relacional e cognitiva” eram aqueles que manifestavam ter pior saúde física e mental. Já os que tinham mais imagens relacionadas com o fator “Maturidade relacional e cognitiva” eram aqueles que referiam uma saúde física e mental melhor. Por sua vez, no que diz respeito à faixa etária dos adultos mais velhos, ao nível da saúde física observaram-se associações positivas e estatisticamente significativas no fator “Maturidade relacional e cognitiva”. Ao nível da saúde mental, verificaram-se associações negativas estatisticamente significativas nos fatores “Dependência física e emocional e antiquado” e “Incompetência relacional e cognitiva”, observando-se ainda associações positivas e marginalmente significativas no fator “Maturidade relacional e cognitiva”. Isto quer dizer que os adultos mais velhos que apresentaram mais imagens negativas relacionadas com a incompetência e a dependência dispunham de uma pior saúde física e mental. Já os adultos mais velhos que apresentaram mais imagens positivas relacionadas com a maturidade manifestaram melhor saúde física e mental. Estes resultados vão ao encontro da investigação no domínio. Uma revisão sistemática de Chang et al., (2020) referida pela Organização Pan Americana da Saúde (2022a) permite perceber que o idadismo prejudica a saúde e o bem-estar dos adultos mais velhos, quer ao nível da saúde física (dificuldade na recuperação de acontecimentos incapacitantes), da saúde mental (desenvolvimento de situações psiquiátricas) e do bem-estar social (diminuição das interações e relações sociais). De facto, uma das razões pelas quais os adultos mais velhos que possuem mais imagens negativas relacionadas com o envelhecimento parecem apresentar pior saúde física e mental pode estar relacionada com os estereótipos e preconceitos construídos socialmente que podem provocar, antecipar ou intensificar eventuais declínios que o processo de envelhecimento acarreta. Ao termos em conta o estudo de Ron (2007), foi possível verificar que os participantes que caracterizavam a sua saúde como sendo negativa eram as pessoas que apresentavam perceções e atitudes negativas face o envelhecimento, em comparação com os participantes que definiam a sua saúde como sendo boa e excelente.

Também Lamont et al., (2015) assinalam que a investigação tem demonstrado que o preconceito associado à idade tem efeitos negativos em termos do envelhecimento saudável, pois há a registar consequências a nível físico, psicológico e social que surgem com o avançar da idade. Dito de outro modo, as pessoas mais velhas, ao aceitarem eventuais estereótipos negativos associados à idade interiorizam esses mitos sobre a velhice e acabam por adotar estilos de vida sedentários, por se registar uma redução do funcionamento cognitivo, declínio na saúde e uma perspetiva de vida mais curta (Levy & Apriceno, 2019). Um estudo desenvolvido por Ayalon e Gum (2011) concluiu que um maior número de episódios discriminatórios se

associa a sintomas depressivos, prejudicando a saúde mental nas pessoas mais velhas. Outro estudo desenvolvido por Allen et al., (2022) também constatou que, por cada aumento de um ponto na escala de *Ageism*, aumentavam também os sintomas depressivos de forma proporcional e diminuía a saúde física e mental. Desta forma, experienciar discriminação com base na idade encontra-se relacionado com um maior número de episódios de sintomatologia depressiva refletindo-se em mais sintomas de ansiedade, *stress* e num bem-estar psicológico menor (Lyons et al., 2017).

Para além do exposto, outra das razões pode estar relacionada com o facto de a sociedade dar mais destaque aos jovens em comparação com os adultos mais velhos. Mais especificamente, as imagens e os estereótipos formulados acerca dos mais velhos acompanham os indivíduos desde muito novos, o que pode contribuir para que as pessoas formulem uma ideia menos positiva sobre a velhice, conduzindo a maiores níveis de ansiedade face ao envelhecimento e, por consequência, piores indicadores de saúde física e mental. Na mesma linha, também Chonody e Teater (2015) referem que o facto de os indivíduos assimilarem, desde muito jovens, um conjunto de imagens e estereótipos negativos relativos aos mais velhos, tal pode provocar consequências a nível psicológico, principalmente no início da vida adulta, que prejudicam a saúde física e mental à medida que as pessoas vão envelhecendo. Um estudo desenvolvido por Brunton e Scott (2015), envolvendo participantes com idades compreendidas entre os 18 e os 88 anos, permitiu verificar que quanto mais ansiedade o indivíduo tiver relativamente ao envelhecimento, mais propenso vai estar a aceitar os estereótipos e as imagens negativas formuladas sobre a velhice. Deste modo, a pessoa idosa fica ansiosa face à possibilidade de registar perdas em termos da sua capacidade funcional, e isso tem consequências a nível cognitivo, físico, entre outras (Teixeira et al., 2018). Assim, a ansiedade geral é considerada um problema que prejudica de forma negativa a saúde física e mental (Niles & O'Donovan, 2019). Esta associação regista-se quer no caso de pessoas mais velhas, quer no caso de adultos mais jovens (Levy & Apriceno, 2019).

No presente estudo, também se observou que os adultos mais velhos que tinham imagens positivas do envelhecimento tinham uma boa saúde física e mental. Nesta linha, também o estudo de Amaro (2012) observou que as pessoas que possuíam imagens positivas relacionadas com a velhice demonstravam ter uma saúde funcional mais positiva em comparação com as pessoas que apresentavam um ponto de vista mais estereotipado relativamente ao envelhecimento.

Acresce ainda o facto de os adultos mais velhos que participaram no presente estudo estarem envolvidos em Universidades Séniores. Tal pode ser uma mais-valia na valorização de imagens positivas sobre o envelhecimento, uma vez que ao estarem ativos socialmente isso

pode contribuir para desconstruir estereótipos e reforçar uma visão positiva da velhice. Ao termos em conta o estudo de Almeida (2016), foi possível observar que os participantes consideraram que participar em Universidades Sêniores podia trazer vantagens ao nível da saúde física e mental. A mesma fonte refere que as Universidades Sêniores possibilitam o convívio e desenvolvimento pessoal, auxiliam no combate à solidão e isolamento, promovem a saúde física e mental, possibilitam a aprendizagem ao longo da vida e a partilha de saberes e experiências. Com efeito, a partir das aprendizagens e do aprimoramento das competências, as pessoas mais velhas demonstram habilidades e ganham consciência do seu valor e capacidades, acabando por combater eventuais estereótipos da sociedade (Lourenço, 2022). Assim, as Universidades Sêniores fornecem contributos muito importantes em termos do bem-estar físico, mental, psicológico, emocional e cognitivo-mental dos adultos mais velhos (Machado & medina, 2012), contribuindo para a diminuição da depressão e ansiedade (Jacob, 2018).

Em relação à variável da religião, no fator “Maturidade relacional e cognitiva” foram encontradas diferenças estatisticamente significativas no grupo etário dos mais jovens (com e sem religião) e diferenças marginalmente significativas no grupo etário dos adultos mais velhos (com e sem religião). Em relação aos outros fatores que englobam as imagens da velhice não foram encontrados diferenças estatisticamente significativas, o que nos leva a concluir que os jovens e os adultos mais velhos com religião são aqueles que mais imagens positivas apresentam acerca da velhice em comparação com os jovens e adultos mais velhos que não têm qualquer tipo de religião. Estes resultados parecem ser coerentes com a proposta de Ferreira e Neto (2011). Estes autores desenvolveram um estudo com 635 pessoas com idades compreendidas entre os 12 e os 59 anos, tendo verificado que as pessoas que tinham uma religião e que possuíam um maior bem-estar religioso eram aquelas que tinham menos preconceitos relativamente às pessoas idosas. Os participantes que apresentaram maior bem-estar e se sentiam satisfeitos com a sua vida também demonstraram ser menos preconceituosos, ao passo que os indivíduos que se sentiam sozinhos e que apresentavam afetos mais negativos eram as pessoas que manifestavam mais preconceitos negativos relativamente aos mais velhos. Posteriormente, estes autores desenvolveram um outro estudo que procurou perceber a relação entre a religiosidade, o preconceito de idade e a solidão. Foi um estudo que contou com um maior número de inquiridos em comparação com o estudo anterior, ou seja, com 822 participantes, com intervalo de idades do 12 aos 90 anos. Os autores verificaram que a religião tem influência no preconceito e na solidão, ou seja, as pessoas que apresentavam um maior bem-estar religioso eram aquelas que registavam menos solidão e preconceito relativamente ao grupo de idades mais velho (Ferreira & Neto, 2012). Por sua vez, um estudo desenvolvido por Kim e Jung (2020) verificou também que o preconceito com base na idade afeta negativamente

o bem-estar dos indivíduos mais velhos, e que um ambiente religioso pode ser benéfico na medida em que pode ser um fator apaziguador das consequências negativas oriundas do preconceito de idade para a saúde dos adultos mais velhos.

De facto, no presente estudo foi possível observar que a maior parte dos participantes demonstraram ter uma religião, sendo este um fator que pode estar relacionado com a percepção de bem-estar e satisfação com a sua vida e contribuir, por isso, para uma visão mais positiva acerca do envelhecimento. Segundo Jung (2018) a ida à igreja pode ser encarada como um aspeto de proteção entre o preconceito de idade e o bem-estar na vida adulta (ex., felicidade, satisfação com a vida, etc). Por outras palavras, a religiosidade pode fornecer recursos sociais compensatórios do impacto da discriminação etária.

Na mesma linha, uma dessas situações pode acontecer na saúde, ou seja, alguma prática religiosa que os profissionais tenham pode influenciar nos cuidados que prestam aos mais velhos de forma positiva. Assim, tal como referido por Alshehry et al., (2020), a religião pode ter efeito nas práticas dos estudantes de enfermagem relativamente às suas atitudes e percepções nos cuidados prestados aos mais velhos. A partir do estudo destes autores foi possível concluir que a religião interferiu positivamente nas atitudes dos estudantes perante os adultos mais velhos, bem como nas suas perspetivas relativamente ao cuidar de uma pessoa mais velha.

Ainda uma outra possível explicação pode estar relacionada com o contacto intergeracional que é potenciado nos contextos religiosos. Dito de outro modo, o contacto realizado na igreja entre os jovens e adultos mais velhos, bem como a partilha de conhecimentos pode contribuir para a desconstrução de estereótipos formulados pela sociedade. Na mesma linha, Greife (2010) traçou duas formas de combater a discriminação com base na idade. A primeira consiste no contacto entre gerações tendo em conta a narrativa e a segunda diz respeito à partilha de conhecimentos/experiências entre a faixa etária mais jovem e a faixa etária mais idosa. Neste seguimento, ao termos em conta as sociedades atuais é de constatar que a igreja se considera um dos poucos sítios onde se encontram indivíduos de todas as faixas etárias, existindo assim contacto intergeracional, podendo ser considerado um ambiente promissor para a luta e redução de estereótipos contra as pessoas mais velhas e consequentemente reconhecimento de atitudes positivas face à velhice.

Relativamente à associação entre os domínios da qualidade de vida e as imagens da velhice é de destacar que em ambos os grupos de idade se observa que imagens negativas do envelhecimento estão associadas a pior qualidade de vida. No caso dos jovens observam-se associações estatisticamente significativas na faceta geral e nos fatores “Dependência física e emocional e antiquado” e “Incompetência relacional e cognitiva”. No caso dos adultos mais velhos, os fatores referidos acima mostraram-se associados a todos os domínios da qualidade

de vida. Em relação ao fator “Maturidade relacional e cognitiva” este apenas se revelou associados do ponto de vista estatístico a todos os domínios da qualidade de vida, no caso dos jovens. Assim, tal como foi visível a partir dos resultados obtidos, os indivíduos que apresentavam imagens e estereótipos negativos relativos à velhice tinham pior qualidade de vida, em comparação com os indivíduos que demonstravam ter imagens positivas sobre a velhice que possuíam uma melhor qualidade de vida.

Estes resultados vão, portanto, ao encontro da investigação no domínio porque ao termos em conta o processo de envelhecimento, e sabendo que este é acompanhado por alterações biológicas, psicológicas e sociais, também é definido pelo contexto social e cultural em que o indivíduo se encontra inserido (Neves, 2012). Deste modo, associados ao envelhecimento surgem estereótipos e preconceitos positivos e negativos ligados a esta fase de vida (Mello et al., 2021), sendo que os estereótipos positivos se encontram relacionados com a experiência de vida e sabedoria, enquanto os estereótipos negativos se refletem na inatividade, doenças, incapacidade, tristeza, etc (Torres et al., 2015). Assim, o surgimento dos estereótipos negativos influencia o bem-estar dos indivíduos, excluindo-os e prejudicando o seu desenvolvimento. Além disso contribui para que as pessoas idosas não vivenciem a velhice de forma positiva (Organização Pan-Americana da Saúde, 2022a). Estas atitudes negativas face ao envelhecimento refletem-se na qualidade de vida das pessoas desta faixa etária, afetando-as a nível económico, psicológico e social (Lima, 2010).

De acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde (2022a), o idadismo pode influenciar a qualidade de vida das pessoas idosas, piorando-a, e pode também prejudicar os aspetos específicos referentes ao bem-estar destas mesmas pessoas. Mesmo os adultos mais velhos que possuem bons indicadores de qualidade de vida também podem ser sujeitos a determinadas situações de preconceito (Castro et al., 2020). Sobre este assunto, uma revisão sistemática realizada por Chang et al., (2020) verificou a existência de uma relação negativa entre a qualidade de vida e o idadismo, particularmente no domínio da saúde, visto que o preconceito relacionado com a idade levou a que os resultados da saúde fossem piores em 95,5% das investigações analisadas.

Nesta linha de pensamento, importa ter em consideração que a capacidade funcional abarca as características relacionadas com a saúde e que possibilita às pessoas fazerem o que é importante para si. A capacidade funcional integra, por isso, a capacidade intrínseca e o ambiente em que a pessoa vive (Organização Pan-Americana da Saúde, 2022b). Deste modo, o facto de o meio em que a pessoa vive não se adaptar às suas limitações pode contribuir para que a pessoa idosa desenvolva uma imagem negativa do envelhecimento, e, em consequência, apresente piores indicadores de qualidade de vida. De facto, segundo Ferreira et al., (2018), a

capacidade funcional dos adultos mais velhos relaciona-se cada vez mais com uma percepção positiva da qualidade de vida, visto que a limitação funcional prejudica de forma negativa a mobilidade, interação social e autonomia, provocando uma pior perspectiva da qualidade de vida junto das pessoas desta faixa etária. Nesta linha de pensamento, ambientes amigos dos adultos mais velhos consideram-se um dos fatores fundamentais para que tenham um envelhecimento saudável (Ferreira et al., 2018), uma vez que estes ambientes compreendem todos os aspetos do mundo exterior que envolvem o contexto de vida das pessoas. Envolvem também as relações, atitudes e valores, políticas sociais e de saúde, os sistemas de apoio e os serviços disponíveis (OMS, 2015).

Conclusão

Os processos de desenvolvimento e envelhecimento são marcados por um conjunto de mudanças físicas, psicológicas e sociais (Cerqueira, 2010) que decorrem num determinado contexto histórico e cultural. Neste sentido, são processos culturalmente construídos e, portanto, dependem das características da sociedade. Crescer e envelhecer numa sociedade idadista pode, por isso, afetar a forma como cada pessoa perspetiva o envelhecimento e a experiência de envelhecer. Com efeito, estas percepções surgem a partir das normas sociais implícitas e explícitas associadas ao contexto histórico, social, político e económico, sendo que as imagens e representações que se formam relativamente ao envelhecimento são representadas a partir do discurso das sociedades (Miguel, 2014).

Nesta linha de pensamento, importa referir que as imagens e representações associadas ao processo de envelhecimento são ainda tendencialmente negativas, marcadas pela doença, incapacidade, fragilidade, etc. Estas imagens negativas contribuem para a construção de preconceitos, estereótipos negativos e discriminação contra os adultos mais velhos que se refletem na forma como os mais jovens tratam os mais velhos, mas também na forma como as próprias pessoas mais velhas perspetivam e vivenciam a experiência de envelhecer (Marques, 2011).

No presente estudo, que teve por objetivo analisar a relação entre as imagens e estereótipos sobre a velhice e a qualidade de vida de jovens adultos e adultos mais velhos, foi possível constatar que esta relação não é simples. Assim, os resultados permitiram verificar que, em relação ao grupo etário, são os indivíduos com idades compreendidas entre os 17-24 anos aqueles que menos estereótipos e imagens negativas demonstraram sobre o envelhecimento. Por sua vez, os participantes com 65 ou mais anos apresentaram mais imagens e estereótipos

negativos relacionados com a velhice. Relativamente ao género, as mulheres caracterizaram a velhice de uma forma mais positiva associando o adulto mais velho a uma pessoa com sabedoria, maturidade, afetiva, entre outras características. Os homens pareciam possuir mais imagens negativas acerca do envelhecimento, relacionando o adulto mais velho a uma pessoa rabugenta, teimosa, triste, aborrecida, etc. No que se refere à escolaridade, os resultados mostraram que os jovens com mais escolaridade pareciam revelar mais imagens negativas, enquanto os adultos mais velhos com mais escolaridade apresentaram mais imagens positivas relacionadas com o envelhecimento. No que diz respeito à saúde física e mental, os participantes que possuíam mais imagens negativas sobre a velhice demonstraram pior saúde do que aqueles que possuíam mais imagens positivas. Por fim, no que diz respeito à religião, os resultados sugerem que os jovens e adultos mais velhos com algum tipo de religião referiram mais imagens e estereótipos positivos relacionadas com os adultos mais velhos. Da mesma forma, os jovens e adultos mais velhos que referiram não ter nenhuma religião pareciam apresentar mais estereótipos e imagens negativas sobre a velhice.

Assim, foi possível verificar que, de uma forma geral, os adultos mais velhos tendem a demonstrar uma imagem da velhice mais negativa, sobretudo relacionada com imagens de incompetência e comportamentos sociais inadequados, enquanto os jovens parecem possuir uma imagem mais positiva da velhice, relacionando-a com a maturidade e sabedoria. Em ambos os grupos etários foi possível observar que imagens e representações negativas relativamente ao envelhecimento estavam associadas a piores indicadores de saúde física e mental, bem como qualidade de vida.

Estes resultados podem ser interpretados à luz da perspetiva “Life course” na medida em que esta é útil para compreender o modo como os percursos de vida se relacionam com as condições pessoais e socio-históricas (Elder et al., 2003). Sabendo que a investigação acerca da discriminação por idade a nível estrutural é ainda escassa, consideramos fundamental saber mais sobre o papel que a comunidade desempenha na promoção ou combate à discriminação contra os mais velhos (Chang et al., 2020) e identificar os fatores envolvidos de forma a definir e implementar medidas de política que contribuam para minimizar o impacto social deste fenómeno (Marques et al., 2020).

Neste sentido, e considerando os cinco princípios estabelecidos por Elder et al., (2003), é possível afirmar que os processos de desenvolvimento e envelhecimento poderão ser tanto ou mais otimizados se considerarmos que as experiências numa fase inicial do percurso de vida podem afetar o indivíduo numa fase tardia. Conforme a investigação demonstra, viver num contexto onde as imagens da velhice são predominantemente negativas pode afetar a forma como os mais jovens lidam com as pessoas mais velhas, mas também a forma como estas se

percecionam como “velhos”, logo, se forem criadas condições para que os indivíduos compreendam o envelhecimento como um processo contínuo de mudanças, ganhos e perdas, tal pode contribuir para uma representação mais fiel deste fenómeno e, consequentemente, uma imagem mais positiva.

De igual modo, é importante situar os resultados obtidos no presente estudo no contexto socio histórico em que decorreu. Dito de outro modo, as características dos participantes, do território de recolha de dados e do momento da história em que foram recolhidos influenciaram certamente a informação recolhida pelo que é fundamental considerá-la com as reservas adequadas.

Para além disso, as características deste contexto socio histórico refletem-se também na relação entre as pessoas. Mais especificamente, a rede de relacionamentos que se estabelece ao longo da vida (que pode ser mais ou menos diversificada em termos etários) pode também condicionar a perspetiva de cada indivíduo sobre o envelhecimento, a idade e a velhice. O contacto intergeracional contribui, como vimos, para menos imagens negativas associadas à velhice e, possivelmente, para diminuir a probabilidade de discriminação por idade.

Por fim, o princípio da agência humana estabelece que as pessoas planeiam o seu percurso de vida a partir das escolhas e ações tomadas no contexto das possibilidades e restrições dos contextos históricos e sociais em que vivem (Elder et al., 2003). Neste sentido, cada indivíduo tem a possibilidade de decidir como se posicionar em relação ao processo de envelhecimento, à velhice e à pessoa mais velha e, de igual forma, de como quer envelhecer. Para tal, o Gerontólogo pode também desempenhar um papel importante na promoção de uma mudança de paradigma sobre o processo de envelhecimento através, por exemplo, da intervenção a partir (e para a) comunidade.

No que se refere às potencialidades do presente estudo, importa realçar que se trata de um tema ainda pouco estudado em Portugal. Com efeito, são escassos os estudos que analisam a relação entre as imagens e estereótipos da velhice e a qualidade de vida em jovens adultos e adultos mais velhos, pelo que acreditamos que este é um tema relevante e deve ser aprofundado em investigações futuras na área da Gerontologia Social. Trata-se de um assunto muito pertinente, não fosse o gerontólogo o profissional que pretende contribuir para a melhoria da qualidade de vida e promoção do bem-estar das pessoas à medida que envelhecem, nos contextos familiares, na comunidade e sociedade, através da investigação, educação e aplicação de conhecimento interdisciplinar do processo de envelhecimento e das populações envelhecidas (Association for Gerontology in Higher Education; AGHE, 2014). De facto, as evidências científicas são fundamentais para sustentar uma prática gerontológica baseada na evidência que permita o desenvolvimento de intervenções inovadoras capazes de proporcionar

condições de bem-estar e qualidade de vida às pessoas mais velhas, capacitando o seu lugar e papel social enquanto pessoas e cidadãos de pleno direito e na sua individualidade.

Apesar destas considerações, a presente investigação apresenta algumas limitações. Uma delas está relacionada com a extensão do protocolo de recolha de dados. Este aspeto poderá ter condicionado o processo de recolha de informação a dois níveis: por um lado, alguns possíveis participantes do estudo recusaram a sua participação devido à extensão do protocolo; por outro lado, alguns dos participantes acusaram efeito de cansaço. Além disso, alguns itens parecem não ter sido totalmente compreendidos pelos participantes pelo facto de algumas das respostas não serem coerentes com a questão. Dito de outro modo, a incompreensão de alguns itens do questionário pode ter estado associada a ausência de atenção na resposta, pelo que investigações futuras devem ter em conta o número e tipo de questões do protocolo de recolha de dados.

Além disso, o facto de o estudo ser composto maioritariamente por mulheres também se considera uma limitação, uma vez que tal pode ter influenciado a tendência dos resultados obtidos no estudo. Uma amostra mais equilibrada em termos de género seria, portanto, recomendável. De igual forma, o facto de terem sido selecionados somente jovens adultos estudantes do IPVC e adultos mais velhos que frequentavam Universidades Séniores, tal poderá igualmente ter condicionado os resultados obtidos. Neste sentido, seria importante alargar o estudo a uma amostra mais abrangente e incluir, por exemplo, estudantes de outras áreas de formação. Isto porque uma parte dos jovens que participaram no estudo frequentava a formação na área de Gerontologia e isso pode ter contribuído para enviesar os resultados na medida em que são indivíduos com uma maior sensibilidade para as questões relacionadas com a discriminação em função da idade.

O facto de os participantes pertencerem à zona Norte de Portugal constitui também uma limitação do estudo pelo que, em investigações futuras, seria importante alargar a recolha de dados a todo o território nacional com o objetivo de analisar as imagens e estereótipos relativos à velhice da população portuguesa. Por fim, este estudo tem uma dimensão temporal transversal e, naturalmente, um estudo longitudinal permitiria analisar a evolução da relação entre a qualidade de vida e as imagens e estereótipos associados ao processo de envelhecimento.

Apesar das limitações do estudo, importa considerar algumas implicações para a prática profissional e para as políticas sociais no âmbito do envelhecimento. Sabendo que o envelhecimento se reveste de um conjunto de desafios e oportunidades, o papel do gerontólogo na promoção da qualidade de vida das pessoas à medida que envelhecem é, de facto, muito importante. Este profissional orienta a sua prática profissional partindo do pressuposto de que

cada pessoa envelhece a um ritmo diferente e que o envelhecimento, enquanto processo vital, único e individual, é perspectivado de modo muito particular por cada indivíduo. Compreende, portanto, que as pessoas não envelhecem ao mesmo ritmo e que existe uma multiplicidade de fatores (biológicos, psicológicos, sociais, ambientais, etc) que vão determinar o processo de envelhecimento de cada um. Neste sentido, a sua intervenção visa: (i) apoiar a pessoa no seu todo, com uma visão holística do envelhecimento, (ii) contribuir para a humanização da prestação de cuidados aos adultos mais velhos e (iii) contribuir para uma mudança de paradigma sobre o processo de envelhecimento (AGHE, 2014).

Neste sentido, e tomando em consideração os resultados do presente estudo, importa criar condições para que as pessoas mais velhas possam (continuar) a envolver-se ativamente na comunidade em que se encontram inseridas e que estas últimas garantam dignidade e bem-estar aos indivíduos. Para que tal aconteça é necessário continuar a trabalhar para mudar a forma como se pensa, sente e se atua em relação ao envelhecimento e às pessoas mais velhas. Uma das estratégias pode ser o combate aos estereótipos e imagens negativas do envelhecimento, seja pela divulgação de investigação relevante nesta área, seja, por exemplo, através da promoção de ações intergeracionais que permitam desconstruir pré-conceitos associados às diversas fases da vida. O contacto entre pessoas de diversas faixas etárias permitiria diminuir os gaps entre gerações e aumentar a compreensão entre as características de cada grupo etário.

Uma outra estratégia pode consubstanciar-se na definição e implementação de medidas de política que permitam alterar as imagens negativas da velhice, seja de forma preventiva (ex., ações de promoção do envelhecimento saudável, ao longo do percurso de vida), seja de forma a desmitificar a relação entre a velhice e a patologia, a dependência, a incapacidade, etc. Estas políticas devem evidenciar a importância de as pessoas serem (e se manterem) ativas na sua comunidade (ex., programas de base comunitária) e de adotarem estilos de vida saudáveis.

Além disso, a possibilidade de se estabelecer uma educação para a longevidade poderia ser muito benéfico. Temáticas relacionadas com o envelhecimento poderiam ser inseridas no currículo escolar, numa fase inicial do percurso escolar das crianças, de modo a potenciar processos de desenvolvimento e envelhecimento mais saudáveis e satisfatórios – com efeitos positivos no curto, médio e longo prazo. Esta mais-valia poderia ainda ser potenciada pelo envolvimento das pessoas mais velhas em todo o processo, garantindo uma efetiva participação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abrams, D., Swift, H., Lamont, R., & Drury, L. (2015). *The barriers to and enablers of positive attitudes to ageing and older people, at the societal and individual level*. Technical report. Government Office for Science, Kent, UK. <https://assets.publishing.service.gov.uk/media/5a80479440f0b62305b8a3a7/gs-15-15-future-ageing-attitudes-barriers-enablers-er06.pdf>
- Abud, T., Kounidas, G., Martin, K. R., Werth, M., Cooper, K., & Myint, P. K. (2022). Determinants of healthy ageing: a systematic review of contemporary literature. *Aging Clinical and Experimental Research*, 34(6), 1215-1223.
- Afonso, F. (2021). *Envelhecimento, qualidade de vida e bem-estar na vida diária: Estudo sobre iniciativas de base comunitária* (Master's thesis).
- AGHE. (2014). *Gerontology competencies for undergraduate & graduate education*. United States: Association of Gerontology in Higher Education
- Aguiar, V., Soares, T., dos Anjos, A., Paz, J., Amorim, J., Torres, M., & Rangel, G. (2019). A intergeracionalidade entre idosos e adolescentes na busca da desconstrução de estereótipos na velhice: relato de experiência. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, (23), e413-e413.
- Allen, J., Solway, E., Kirch, M., Singer, D., Kullgren, J., & Malani, P. (2021). The everyday ageism scale: development and evaluation. *Journal of Aging and Health*, 34(2), 147–157.
- Allen, J., Solway, E., Kirch, M., Singer, D., Kullgren, J., Moïse, V., & Malani, P. (2022). Experiences of everyday ageism and the health of older US adults. *JAMA Network Open*, 5(6), e2217240-e2217240.
- Almeida, A., Mafra, S., Silva, E. & Kanso, S. (2015). A Feminização da Velhice: em foco as características socioeconômicas, pessoais e familiares das idosas e o risco social. *Textos & Contextos*, 14(1), 115-131. <https://doi.org/10.15448/1677-9509.2015.1.19830>.
- Almeida, F. (2016). *O contributo das universidades da terceira idade na qualidade de vida dos seniores* (Doctoral dissertation).
- Almeida-Brasil, C., Silveira, M., Silva, K., Lima, M., Faria, C., Cardoso, C., ... & Ceccato, M., (2017). Qualidade de vida e características associadas: aplicação do WHOQOL-BREF no contexto da Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22, 1705-1716. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.20362015>
- Alshehry, A., Almazan, J., & Alquwez, N. (2020). Influence of religiosity on the Saudi nursing students' attitudes toward older people and perceptions on elderly care. *Journal of religion and health*, 59(6), 2701-2714. <https://doi.org/10.1007/s10943-019-00857-z>
- Álvarez-Dardet, S., Cuevas-Toro, A., Pérez-Padilla, J., & Lara, B. (2016). Evaluación de los estereotipos negativos hacia la vejez en jóvenes y adultos. *Revista española de geriatría y gerontología*, 51(6), 323-328.
- Amaro, R. (2012). *Avaliação da discriminação social das pessoas idosas na sub-região Cova da Beira*. Dissertação de Mestrado. Universidade da Beira Interior, Covilhã, Portugal.
- APAV (2020). Relatório Portugal Mais Velho - *por uma sociedade onde os direitos não têm idade*. APAV, Lisboa.
- Araújo, L., Cerqueira Castro, J., & de Oliveira Santos, J. (2018). A família e sua relação com o idoso: Um estudo de representações sociais. *Revista Psicologia em Pesquisa*, 12(2). <https://doi.org/10.24879/2018001200200130>

- Ayalon, L., & Gum, A. (2011). The relationships between major lifetime discrimination, everyday discrimination, and mental health in three racial and ethnic groups of older adults. *Aging & mental health*, 15(5), 587-594. <https://doi.org/10.1080/13607863.2010.543664>
- Ayalon, L., & Tesch-Römer, C. (2017). Taking a closer look at ageism: Self-and other-directed ageist attitudes and discrimination. *European Journal of Ageing*, 14 (1), 1-4. <https://doi.org/10.1007/s10433-016-0409-9>
- Baltes, P. B., & Smith, J. (2006). Novas fronteiras para o futuro do envelhecimento: da velhice bem-sucedida do idoso jovem aos dilemas da quarta idade. *A terceira idade*, 17(36), 7-31.
- Bastos, M., Monteiro, J., Faria, C., Pimentel, M., Silva, S., & Afonso, C. (2020). Participação em programas de intervenção comunitária e qualidade de vida: resultados de um estudo multicêntrico em Portugal. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 23.
- Batista, R., & Teixeira, K. (2021). O cenário do mercado de trabalho para idosos e a violência sofrida. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 24 (6). <https://doi.org/10.1590/1981-22562020024.210022>
- Berzins, M., Watanabe, H. (2005). Violência Contra o Idoso: do invisível ao visível? In: Arcuri, I. & Mercadante, E. (Organizadoras). *Velhice, Envelhecimento, complexidade*. São Paulo: Vetor
- Bodner, E., Bergman, Y., & Cohen-Fridel, S. (2012). Different dimensions of ageist attitudes among men and women: A multigenerational perspective. *International Psychogeriatrics*, 24(6), 895-901. <https://doi.org/10.1017/s1041610211002936>
- Bodner, E., Shrira, A., Bergman, Y. S., Cohen-Fridel, S. & Grossman, E. S. (2015). The interaction between aging and death anxieties predicts ageism. *Personality and Individual Differences*, 86, 15-19. doi: <http://doi.org/10.1016/j.paid.2015.05.022>
- Borges, E., Batista, K., Andrade, L., Sena, P., Soares, N., Silva, F., & Hernández, M. (2017). *O envelhecimento populacional: um fenômeno mundial*. O envelhecimento populacional um fenômeno, 17.
- Braga, L., Vaz, C., Silva, D., Machado, E., & Friche, A. (2023). Discriminação percebida por adultos mais velhos no uso de serviços de saúde: uma revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 28, 155-169. <https://doi.org/10.1590/1413-81232023281.08662022>
- Brunton, R., & Scott, G. (2015). Do we fear ageing? A multidimensional approach to ageing anxiety. *Educational Gerontology*, 41(11), 786-799. <https://doi.org/10.1080/03601277.2015.1050870>
- Burille, S., & Bitencourt, S. (2021). GÊNERO E ENVELHECIMENTO: UMA ANÁLISE SOBRE O CORPO ENVELHECIDO A PARTIR DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS COMPARTILHADAS POR HOMENS E MULHERES VELHOS/AS. *Revista Ártemis: Estudos de Gênero, Feminismo e Sexualidades*, 31(1).
- Burmeister, A., Wang, M., & Hirschi, A. (2020). Understanding the motivational benefits of knowledge transfer for older and younger workers in age-diverse coworker dyads: An actor-partner interdependence model. *Journal of Applied Psychology*, 105(7), 748.
- Butler, R. (1969). Age-ism: Another form of bigotry. *The Gerontologist*, 9, 243-246.
- Canavarro, M., Serra, A., Pereira, M., Simões, M., Quartilho, M., Rijo, D., & Paredes, T. (2010). WHOQOL disponível para Portugal: desenvolvimento dos instrumentos de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100 e WHOQOL-Bref). In M. C. Canavarro & A. V. Serra (Coord.), *Qualidade de Vida e Saúde: uma abordagem*

- na perspectiva da Organização Mundial de Saúde (pp. 4-21). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Carvalho, M., & Dias, M. (2011). Adaptação dos idosos institucionalizados. *Millenium*, 161-184.
- Castro, B., da Silva, G., Cardoso, A., Rocha, L., & Chariglione, I. (2020). A expressão do idadismo em tempos de Covid-19: Uma reflexão teórica. *Revista Kairós-Gerontologia*, 23, 479-497. <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2020v23i0p479-497>
- Castro, C. (2007). *Representações sociais dos enfermeiros face ao idoso em contexto de representação de cuidados*. [Dissertação de Mestrado, Universidade Aberta] Repositórioaberto.uab.pt. <https://hdl.handle.net/10400.2/705>
- Castro, C., Costa, M., Cesar, C., Neves, J., & Sampaio, R., (2019). Influência da escolaridade e das condições de saúde no trabalho remunerado de idosos brasileiros. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24, 4153-4162. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182411.05762018>
- Catita, P. (2008). *As representações sociais dos enfermeiros do serviço de urgência face ao doente idoso* [Dissertação de Mestrado, Universidade Aberta] Repositórioaberto.uab.pt. <https://hdl.handle.net/10400.2/701>
- Censos 2021, Instituto Nacional de Estatística (INE). Acedido em dezembro de 2022 em <https://tabulador.ine.pt/indicador/?id=0011609>
- Centro Internacional de Longevidade Brasil. (2015). Envelhecimento ativo: um marco político em resposta à revolução da longevidade.
- Cepellos, V., Tonelli, M. J., Aranha, F., & Pereira Filho, J. (2013). Envelhecimento nas organizações: preconceito ou tendência? *GV-Executivo*, 12(2), 24. <https://doi.org/10.12660/gvexec.v12n2.2013.20704>
- Cerqueira, M. (2010). *Imagens Do Envelhecimento E Da Velhice: Um Estudo Na População Portuguesa* [Tese de Douturamento, Universidade de Aveiro.] Ria.ua.pt. <https://hdl.handle.net/10773/6477>
- Chang, E., Kanno, S., Levy, S., Wang, S., Lee, J., & Levy, B. (2020). Global reach of ageism on older persons' health: a systematic review. *PLOS ONE*, 15(1). e0220857. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220857>.
- Chonody, J. (2015). Positive and Negative Ageism: The Role of Benevolent and Hostile Sexism. *Affilia*, 31(2), 207-218. <https://doi.org/10.1177/0886109915595839>
- Chonody, J., & Teater, B. (2015). Why do I dread looking old?: A test of social identity theory, terror management theory, and the double standard of aging. *Journal of Women & Aging*, 28(2), 112-126. <https://doi.org/10.1080/08952841.2014.950533>
- Cicirelli, V. (2010). Attachment relationships in old age. *Journal of social and personal relationships*, 27(2), 191-199. <https://doi.org/10.1177/0265407509360984>
- Coelho, S. (2018). *As redes sociais pessoais de idosos institucionalizados em ERPI* [Dissertação de Mestrado, Instituto Universitário de Lisboa.] <https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/18749/1>
- Correia, L. (2013). *Envelhecimento ativo e qualidade de vida: Um estudo em Cabo Verde*. [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo] Repositório.ipvc.pt. <https://hdl.handle.net/20.500.11960/1968>
- Costa, F., Rodrigues, F., Prudente, C., & Souza, I. (2018). Qualidade de vida de idosos participantes e não participantes de programas públicos de exercícios físicos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 21(1), 24-34. <https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.170136>

- Costa, P. (2017). *Gestão da qualidade de vida dos idosos em centro de dia: entre a satisfação e a motivação do idoso* (Master's thesis).
- Coutinho, C. (2021). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas - Teoria e Prática*. Almedina.
- Couto, M. (2007). *Fatores de Risco e de Proteção na Promoção de Resiliência no Envelhecimento*. [Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educação da Universidade de Lisboa.] Lume.ufrgs.br. <https://hdl.handle.net/10183/11238>
- Daniel, F., Antunes, A., & Amaral, I. (2015). Representações sociais da velhice. *Análise Psicológica*, 33(3), 291-301.
- Daniel, F., Caetano, E., Monteiro, R., & Amaral, I. (2016). Representações sociais do envelhecimento ativo num olhar genderizado. *Análise Psicológica*, 34(4), 353-364. <https://doi.org/10.14417/ap.1020>
- Dionigi, R. (2015). Stereotypes of Aging: Their effects on the Health of Older Adults. *Journal of Geriatrics*, 2015(1), 1-9. <https://doi.org/10.1155/2015/954027>
- Dovidio, J., Hewstone, M., Glick, P., & Esses, V. (2010). Prejudice, stereotyping and discrimination: *Theoretical and empirical overview*. *Prejudice, Stereotyping and Discrimination*, 3-28.
- Duque, E., & Durán Vázquez, J. (2020). Quanto interessa a religião católica aos jovens? Um estudo a partir do caso português. *Cultura y religión*, 14(2), 17-35. <https://doi.org/10.4067/s0718-47272020000200103>
- Elder, G. H., Johnson, M. K., & Crosnoe, R. (2003). The emergence and development of life course theory. In R. T. Serpe (Ed.), *Handbooks of Sociology and social research* (pp. 3-19). Springer.
- Felipe, T., & Sousa, S. (2018). Gênero e geração: os significados atribuídos à velhice e o que torna possível a distinção entre os sujeitos definidos como idosos. *Caderno Eletrônico de Ciências Sociais*, 6(2), 32-53.
- Fernandes, A. (2014). *A auto-perceção do envelhecimento e o bem-estar psicológico*. [Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.] Repositório da Universidade de Lisboa. <https://hdl.handle.net/10451/15403>
- Fernandes, N., Afonso, R., Pereira, H., & Loureiro, M. (2012). Avaliação da perceção de discriminação em pessoas idosas. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(2), 105-114.
- Fernandes-Elói, J., Dias, M., Nunes, T., & de Sousa Silva, A. (2019). Afetos e percepções de idosos universitários acerca do mercado de trabalho na velhice. *Revista Kairós: Gerontologia*, 22(1), 249-271. <https://doi.org/10.23925/2176-901x.2019v22i1p249-271>
- Fernández-Ballasteros, R. (2004). Gerontología Social. Una Introducción. In R. Fernández-Ballasteros (Ed.), *Gerontología Social* (pp. 31-53). Ediciones Pirámide.
- Ferreira, A., & Neto, F. (2011). *Religiosidade e preconceito em relação à idade em adolescentes, jovens adultos e adultos Portugueses*. In Livro de atas do XI Congresso da Sociedade Portuguesa de Ciências da Educação, 4. Guarda, 30 de Junho a 2 de Julho de 2011.
- Ferreira, A., & Neto, F. (2012). Quem são os mais preconceituosos em relação à idade e os mais sós: jovens, adultos ou idosos? Influência da religiosidade. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(2), 115-122.
- Ferreira, C. (2013). *Os efeitos das percepções da velhice e da institucionalização no envelhecimento ativo: um estudo de caso*. [Dissertação de Mestrado, Faculdade de

- Letras da Universidade do Porto.] Repositório da Universidade do Porto. <https://hdl.handle.net/10216/71559>
- Ferreira, L., Meireles, J., & Ferreira, M. (2018). Evaluation of lifestyle and quality of life in the elderly: a literature review. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 21(5), 616-627. <https://doi.org/10.1590/1981-2256201821.180028>
- Ferreira, S. (2021). *Escala de Perceção de Ageism em Cuidados de Saúde Estudo de Validação com Médicos Portugueses em Contexto de Pandemia por Covid-19* (Dissertação de Mestrado). Universidade da Beira Interior.
- Ferretti, F., Beskow, G., Slaviero, R., & Ribeiro, C. (2015). Análise da qualidade de vida em idosos praticantes e não praticantes de exercício físico regular. *Estudos interdisciplinares sobre o envelhecimento*, 20(3). <https://doi.org/10.22456/2316-2171.41384>
- Filipe, I. (2020). *Idadismo no contexto da COVID 19: Representação das pessoas mais velhas nos jornais digitais Portugueses* [Dissertação de Mestrado, Instituto Universitário de Lisboa.] Repositório do Iscte. <https://hdl.handle.net/10071/22805>
- Fleck, M. (2008). A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde. In *A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde* (pp. 228-228).
- Fonseca, A. (2005). O envelhecimento bem-sucedido. In Paul, C. & Fonseca, A. (Eds). *Envelhecer em Portugal*, (pp. 281-308).
- Fonseca, A. (2006). O envelhecimento: uma abordagem psicológica. Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Fonseca, A. (2010). Sexualidade e envelhecimento: Uma revisão de perspectivas. In *Actas do 8º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Fonseca, A. (2012). Do trabalho à reforma: quando os dias parecem mais longos. *Sociologia: Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, (2), 75-95.
- Fonseca, A. (2016). Fundamentos psicológicos para um envelhecimento ativo. In: Pimentel, L., Lopes, S., & Faria, S. (Orgs). *Envelhecendo e Aprendendo: Aprendizagem ao Longo da Vida no Processo de Envelhecimento Ativo*. 19-44.
- Freitas, M., Maruyama, S., Ferreira, T., & Motta, A. (2002). Perspetivas das pesquisas em gerontologia e geriatria: revisão da literatura. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10, 221-228. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692002000200015>
- Gaeta, I; Mello, L.; Hayar, M. (2017) Psicogerontologia –A psicologia Analítica, o Envelhecimento e as Questões da Modernidade In: Fragoso, V., Mayor, M. (coordenação) *Gerontologia e Transdisciplinaridade I*. São Paulo: Portal do Envelhecimento, p. 89-105
- Gil, A., Santos, A., Kislaya, I., Santos, C., Mascoli, L., Ferreira, A., & Vieira, D. (2015). Estudo sobre pessoas idosas vítimas de violência em Portugal: sociografia da ocorrência. *Cadernos de Saúde Pública*, 31(6), 1234-1246. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00084614>
- Goldfarb, D. C. (2010). Pensando nas origens da violência. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15, 2673-2676.
- Gorjão, S., & Marques, S. (2012) Idadismo e participação social das pessoas idosas. *Rediteia* (45) 129-138.
- Gouveia, d., & Silva, A. (2015). A ampliação da faixa etária da EJA e o convívio intergeracional: pontos e contrapontos. *Revista Científica Interdisciplinar*. ISSN, 2358, 8411.
- Grefe, D. (2010). Combating ageism with narrative and intergroup contact: Possibilities of intergenerational connections. *Pastoral Psychology*, 60(1), 99-105. <https://doi.org/10.1007/s11089-010-0280-0>

- Griffin, B., Loh, V., & Hesketh, B. (2012). Age, Gender, and the Retirement. *The Oxford handbook of retirement*, 202-214.
- Group, W. H. O. Q. O. L. (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *International Journal of Mental Health*, 23(3), 24-56.
- Guerra, A., & Caldas, C. (2010). Dificuldades e recompensas no processo de envelhecimento: a percepção do sujeito idoso. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15, 2931-2940.
- Guerra, J. (2017). *Subjetivações femininas na meia-idade: a vivência da menopausa na contemporaneidade*.
- Hulko, W., Brotman, S., Stren, L., & Ferrer, I. (2020). Gerontological social work in action: anti-oppressive practice with older adults, their families, and communities. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315207735>
- Hurd Clarke, L., & Korotchenko, A. (2015). 'I know it exists ... but I haven't experienced it personally'. Older Canadian men's perceptions of ageism as a distant social problem. *Ageing and Society*, 36(8). <http://dx.doi.org/10.1017/S0144686X15000689>
- Hutchison, E. D. (2010) A life course perspective. In E. D. Hutchison (Ed.), *Dimensions of human behavior: the changing life course* (1-38). Sage Publications
- Inouye, K., Barham, E., Pedrazzani, E., & Pavarini, S. (2010). Percepções de suporte familiar e qualidade de vida entre idosos segundo a vulnerabilidade social. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 23, 582-592. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722010000300019>
- Irigaray, T., & Trentini, C. (2009). Qualidade de vida em idosas: a importância da dimensão subjetiva. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 26(3), 297-304. <https://doi.org/10.1590/s0103-166x2009000300003>
- Iversen, T., Larsen, L., & Solem, P. E. (2009). A conceptual analysis of ageism. *Nordic Psychology*, 61(3), 4–22. <https://doi.org/10.1027/1901-2276.61.3.4>
- Jacob, L. (2018). O papel das universidades seniores na inclusão das pessoas idosas e o seu contributo para um envelhecimento activo, saudável e bem-sucedido. *Revista Rediteia*, 43-54.
- Jardim, V., Medeiros, B., & Brito, A. (2019). Um olhar sobre o processo do envelhecimento: a percepção de idosos sobre a velhice. *Revista brasileira de geriatria e gerontologia*, 9(2), 25-34. <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2006.09023>
- Jhangiani, R., Tarry, H., & Stangor, C. (2014). *Principles of social psychology-1st international edition*.
- Jung, J. (2018). Country-level Differences in the Effects of Financial Hardship on Life Satisfaction: The Role of Religious Context and Age-contingent Buffering. *Society and Mental Health*, 8(2), 123-140. <https://doi.org/10.1177/2156869317725892>
- Júnior, R., (2017). *Representação mediática dos idosos nos Jornais Público e Correio da Manhã*. [Dissertação de Mestrado, Universidade Autónoma de Lisboa.] Repositório Institucional da Universidade Autónoma de Lisboa. <https://hdl.handle.net/11144/3780>
- Jyrkinen, M. (2014). Women managers, careers and gendered ageism. *Scandinavian Journal of Management*, 30(2), 175-185. <https://doi.org/10.1016/j.scaman.2013.07.002>
- Kim, H., & Jung, J. (2020). Ageism, Religiosity, and Wellbeing Among Older Adults: Evidence From the European Social Survey (ESS4). *Research on Aging*, 43(5-6), 214-226. <https://doi.org/10.1177/0164027520953632>

- Koch Filho HR, Bisinelli JC. (2008) Abordagem de famílias com idosos. In: Moysés ST, Kriger L, Moysés SJ. *Saúde bucal das famílias: trabalhando com evidências*. São Paulo: Artes Médicas; p. 236-45.
- Kotter-Gruhn, D., Kleispehn-Ammerlahn, A., Gerstorf, D., & Smith, J. (2009) Self-perceptions of aging predict mortality and change with approaching death: 16- year longitudinal results from the Berlin aging study. *Psychology and Aging*, 24 (3), 654- 667.
- Kotter-Grün, D., & Hess, T. (2012). The impact of age stereotypes on Self-perceptions of aging across the adult lifespan. *The Journal of Gerontology Series: Psychological Sciences and Social Sciences*, 67(5), 563-571.
- Krägeloh, C., Henning, M., Hawken, S., Zhao, Y., Shepherd, D., & Billington, R. (2011). Validation of the WHOQOL-BREF quality of life questionnaire for use with medical students. *Education for health*, 24(2), 545.
- Lamont, R., Swift, H., & Abrams, D. (2015). A review and meta-analysis of age-based stereotype threat: negative stereotypes, not facts, do the damage. *Psychology and aging*, 30(1), 180-193. <https://doi.org/10.1037/a0038586>
- Leite, A. (2014). *Representações Sociais de estudantes de gerontologia social acerca da sexualidade na velhice*. [Dissertação de Mestrado, Instituto de Serviço Social do Porto.] Repositório comum. <https://hdl.handle.net/10400.26/6500>
- Leung, S., LoGiudice, D., Schwarz, J., & Brand, C. (2011). Hospital doctors' attitudes towards older people. *Internal Medicine Journal*, 41(4), 308-314. <https://doi.org/10.1111/j.1445-5994.2009.02140.x>
- Levy, B. (1996). Improving memory in old age through implicit self-stereotyping. *Journal of personality and social psychology*, 71(6), 1092. 1092-1107. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.71.6.1092>
- Levy, B., Slade, M., Kunkel, S., & Kasl, S. (2002). Longevity increased by positive self-perceptions of aging. *Journal of personality and social psychology*, 83(2), 261.-270. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.83.2.261>
- Levy, S., & Apriceno, M. (2019). Ageing: The role of ageism. *OBM Geriatrics*, 3(4), 1-16. <https://doi.org/10.21926/obm.geriatri.1904083>
- Li, K., Kay, N., & Nokkaew, N. (2008). The Performance of the World Health Organization's WHOQOL-BREF in Assessing the Quality of Life of Thai College Students. *Social Indicators Research*, 90(3), 489-501. <https://doi.org/10.1007/s11205-008-9772-1>
- Lima, A., & Vieira, S. (2019). *A relação entre habilidades cognitivas e os diversos tipos de preconceitos*. Centro Universitário de Anápolis – UniEvangélica
- Lima, C., Macedo, M., Santos, N., Santos, L., Rezende, F., Netto, L., Osório, N. & Nunes, D. (2019). Religiosidade e Envelhecimento: Um Retrato Dos Alunos Da Universidade Da Maturidade. *Humanidades & Inovação*, 6(11), 69-75.
- Lima, M. P. (2010). *Envelhecimento (s)*. Imprensa da Universidade de Coimbra/Coimbra University Press.
- Löckenhoff, C., Fruyt, F., Terracciano, A., McCrae, R., De Bolle, M., Costa, P., ... & Yik, M. (2009). Perceptions of aging across 26 cultures and their culture-level associates. *Psychology and aging*, 24(4), 941-954. <https://doi.org/10.1037/a0016901>
- Loewenhaupt, R., & Iglesias, F. (2018). Perspectivas da Cognição Social Implícita para Redução do Preconceito. *Negócios em projeção*, 9(1), 278-286.

- Lopes, M., Afonso, R., Cerqueira, M., & Pereira, H. (2012). Images of aging in institutionalized and non-institutionalized elderly people. *Psychology, Community & Health*, 1(2), 189-200.
- Lourenço, M. (2022). *Envelhecer a aprender: universidades sénior e qualidade de vida* [Dissertação de Mestrado, Universidade da Lusófona] Repositório Científico Lusófona. <https://hdl.net/10437/12764>
- Low, G., Molzahn, A., & Schopflocher, D. (2013). Attitudes to aging mediate the relationship between older peoples' subjective health and quality of life in 20 countries. *Health and quality of life outcomes*, 11(1), 146. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-11-146>
- Lyons, A., Alba, B., Heywood, W., Fileborn, B., Minichiello, V., Barrett, C., ... & Dow, B. (2017). Experiences of ageism and the mental health of older adults. *Aging & mental health*, 22(11), 1456-1464. <https://doi.org/10.1080/13607863.2017.1364347>
- Macdonald, J., & Levy, S. (2020). Addressing stereotypes of aging and interest in careers working with older adults through education. *Gerontology & geriatrics education*, 42(3), 363-379. <https://doi.org/10.1080/02701960.2020.1854246>
- Machado, F., & Medina, T. (2012). As universidades seniores: motivações e repercussões de percursos em contextos de aprendizagem. *Educação, Sociedade & Culturas*, 37, 151-167.
- Magalhães, C., Fernandes, A., Antão, C., & Anes, E. (2010). Repercussão dos estereótipos sobre as pessoas idosas. *Revista Transdisciplinar de Gerontologia*, 7-16.
- Maia, C. (2021). Perceções de envelhecimento e construção social da velhice. In Joaquim Pinheiro (coord.), *Olhares sobre o envelhecimento: Estudos interdisciplinares*, vol. I, pp. 169-178.
- Marchetti, A., Lommi, M., Barbaranelli, C., Piredda, M., De Marinis, M. G., & Matarese, M. (2021). Development and Initial Validation of the Adolescents' Ageism Toward Older Adults Scale. *The Gerontologist*. <https://doi.org/10.1093/geront/gnab023>
- Marques, A. (2016). *A discriminação na velhice - A infantilização da pessoa idosa*. [Dissertação de Mestrado em Serviço Social, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias de Lisboa.] Repositório Científico Lusófona. <https://hdl.handle.net/10437/7653>
- Marques, A. (2018). *Bem-estar subjetivo e qualidade de vida dos idosos institucionalizados* [Dissertação de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa.] Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. <https://hdl.handle.net/10400.14/2401>
- Marques, E., Sánchez, C., & Vicario, B. (2014). Percepção da qualidade de vida de um grupo de idosos. *Revista de Enfermagem Referência*, IV Série (Nº1), 75-84. <http://doi.org/10.12707/RIII1314>
- Marques, S. (2011). Discriminação da terceira idade. *Fundação Francisco Manuel dos Santos*.
- Marques, S., Mariano, J., Mendonça, J., De Tavernier, W., Hess, M., Naegle, L., Peixoto, F., & Martins, D. (2020). Determinants of ageism against older adults: a systematic review. *International journal of environmental research and public health*, 17(7), 2560. <https://doi.org/10.3390/ijerph17072560>
- Martins, R., & Rodrigues, M. (2004). Estereótipos sobre idosos: uma representação social gerontofóbica. *Millenium*, 249-254.
- Medeiros, J., Vieira, K., Ferreira, M., & de Lucena, A. (2021). Percepção de adultos jovens acerca do envelhecimento. *Research, Society and Development*, 10(17), e68101724176. <https://doi.org/10.33448/rds-v10i17.24176>

- Mello, I., Lopes, R., Manso, M., & Morilla, J. (2021). Ageísmo: interrelação com resiliência e variáveis relacionadas à capacidade funcional em um grupo de idosos. *Revista Kairós-Gerontologia*, 24(1), 433-453. DOI: <https://doi.org/10.31423/oikos.v32i1.9889>
- Menichetti, J., Cipresso, P., Bussolin, D., & Graffigna, G. (2015). Engaging older people in healthy and active lifestyles: A systematic review. *Ageing and Society*, 36(10), 2036– 2060. <https://doi.org/10.1017/s0144686x15000781>
- Merkus, S., Lunde, L., Koch, M., Wærsted, M., Knardahl, S., & Veiersted, K. (2019). Physical capacity, occupational physical demands, and relative physical strain of older employees in construction and healthcare. *International archives of occupational and environmental health*, 92(3), 295-307. <https://doi.org/10.1007/s00420-018-1377-5>
- Mertens, D. (2010). *Research and Evaluation in Education and Psychology (3ª ed.)*. London: Sage.
- Miguel, I. (2014). Envelhecimento e desenvolvimento psicológico. Entre mitos e factos. In H. R. Amaro da Luz & I. Miguel (Eds). *Gerontologia Social: Perspetivas de análise e intervenção* (pp.53-67). Coimbra: Centro de Investigação em Inovação Social e Organizacional-Instituto Superior Bissaya Barreto.
- Miranda, L., Soares, S., & Silva, P. (2016). Quality of life and associated factors in elderly people at a Reference Center. *Ciencia & saude coletiva*, 21 (11), 3533-3544. <https://doi.org/10.1590/1413-812320152111.21352015>
- Moniz, J. (2019). Diversidade cultural como secularização? Exame da correlação entre os índices de religiosidade e diversidade na Europa do século XXI. *Cultura y religión*, 13(2), 75-102. <https://doi.org/10.4067/s0718-47272019000200075>
- Monteiro, M. & Santos, M. (1999). *Psicologia (Vol. I)*. Porto: Porto Editora.
- Montorio, I., Trocóniz, M., Colodrón, M. & Losada, A. (2002). Dependencia y autonomía funcional en la vejez. La profecía que se autocumple. *Revista Multidisciplinar de Gerontologia*, 12 (2), 61-71.
- Moreira, M. (2020). Como envelhecem os portugueses: Envelhecimento, saúde, idadismo. In repositorio.ipcb.pt. Fundação Francisco Manuel dos Santos. <https://repositorio.ipbc.pt/handle/10400.11/7409>
- Neri, A. (2005). Qualidade de Vida na Velhice e Atendimento Domiciliário. In. Y. O. Duarte & M. J. Diogo, *Atendimento Domiciliar: Um Enfoque Gerontológico* (pp. 33-45). Rio de Janeiro: Atheneu
- Neves, C. (2012). *Estereótipos sobre idosos: representação social em profissionais que trabalham com a terceira idade*. [Dissertação de mestrado, Universidade da Beira Interior.] Ubibliorum.ubi.pt. <https://ubibliorum.ubi.pt/handle/10400.6/1207>
- Newman, S., Faux, R., & Larimer, B. (1997). Children's view on aging: Their attitudes and values. *The Gerontologist*, 37(3), 412–417. <https://doi.org/10.1093/geront/37.3.412>
- Ng, R. (2021). Societal age stereotypes in the US and UK from a media database of 1.1 billion words. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(16), 8822. <https://doi.org/10.3390/ijerph18168822>
- Ng, R., Allore, H., Trentalange, M., Monin, J., & Levy, B. (2015). Increasing negativity of age stereotypes across 200 years: Evidence from a database of 400 million words. *PloS one*, 10(2), <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0117086>
- Niles, A., & O'Donovan, A. (2019). Comparing anxiety and depression to obesity and smoking as predictors of major medical illnesses and somatic symptoms. *Health Psychology*, 38(2), 172-181. <https://doi.org/10.1037/hea0000707>

- Officer, A., Thiyagarajan, J. A., Schneiders, M. L., Nash, P., & De la Fuente-Núñez, V. (2020). Ageism, healthy life expectancy and population ageing: how are they related?. *International journal of environmental research and public health*, 17(9), 3159. <https://doi.org/10.3390/ijerph17093159>
- Oliveira, B. (2008). *Psicologia do envelhecimento e do idoso*. Porto: Livpsic
- Oliveira, B. de. (2010). *Psicologia do Envelhecimento e do Idoso* (LivPsic (ed.)).
- Oliveira, S., Hohendorff, J., Müller, J., Bandeira, D., Koller, S., Fleck, M., & Trentini, C. (2013). Associations between self-perceived quality of life and socio-demographic, psychosocial, and health variables in a group of elderly. *Cadernos de Saúde Pública*, 29, 1437-1448.
- Organização Mundial da Saúde (2021). *Relatório mundial sobre o idadismo: resumo executivo*. OMS. <https://www.who.int/pt/publications/i/item/9789240020504>
- Organização Mundial de Saúde (2015). Envejecimiento saludable. In *Organização Mundial de Saúde, Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud* (pp. 27-42). Organização Mundial de Saúde.
- Organização Pan-Americana da Saúde (2022a). *Relatório mundial sobre o idadismo*. <https://doi.org/10.37774/9789275724453>.
- Organização Pan-Americana da Saúde (2022b). *Década do Envelhecimento Saudável: relatório de Linha de Base*. ISBN:978-92-75-72658-7(PDF)
- Palmore, E. (1999). *Ageism. Negative and Positive* (2.^a ed.) New York: Springer Publishing Company, inc.
- Paúl, C. (2005). Envelhecimento e ambiente. In L. Soczka (Org.), *Contextos humanos e psicologia ambiental*, (pp. 247,268). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Pavón, M., & Arias, C. (2013). La percepción de autoeficacia para envejecer desde una perspectiva de género. *PSIENCIA: Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 5(2), 3.
- Pereira, C. (2013). *Auto-percepção do envelhecimento, mindfulness e apoio social*. [Dissertação de Mestrado, Universidade Lusíada de Lisboa.] Repositório da Universidade de Lusíada. <https://hdl.handle.net/11067/492>
- Pereira, J. (2022). *Percepção dos jovens sobre as pessoas mais velhas: influência dos estereótipos nas relações intergeracionais* [Dissertação de mestrado, Universidade Católica Portuguesa] Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. <https://hdl.handle.net/10400.13/37207>
- Pimentel, L., Lopes, S., & Faria, S. (2016). *Envelhecendo e aprendendo: a aprendizagem ao longo da vida no processo de envelhecimento ativo*. Coisas de Ler Edições, Lda.
- Pinheiro, E. (2020). *Permanência do idoso no mercado de trabalho: desafios*. [Monografia, Universidade Federal de Minas Gerais.] Repositório Institucional da Universidade Federal de Minas Gerais. <https://hdl.handle.net/1843/46180>
- Pinto, S. (2012). *Estudo sobre as imagens do envelhecimento em estudantes de medicina*. [Dissertação de Mestrado, Universidade da Beira Interior.] UbiBliorum.ubi.pt. <https://hdl.handle.net/10400.6/2693>
- Posthuma, R. A., Wagstaff, M. F., & Campion, M. A. (2012). 16 age stereotypes and workplace age discrimination. *The Oxford handbook of work and aging*, 298.
- Projeções da população residente em Portugal 2018-2080 INE, (2020). Acedido em dezembro de 2022 em

https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=406534255&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt

- Ram, N., Morelli, S., Lindberg, C., & Carstensen, L. (2008). In K. W. Schaie & R. Abeles (Eds.), *Social structures and aging individuals: Continuing challenges* (pp. 115-131). Springer Publishing.
- Ramos, H. (2001). Qualidade de vida e envelhecimento. In Archer, L., Biscaia, J., Osswald, W. & Renaud, M. (Coords.). *Novos Desafios à Bioética* (pp. 225-231). Porto: Porto Editora.
- Ribas, I., & Pontes, M. (2010). Percepção dos idosos sobre episódios de discriminação social. *Bdigital.ufp.pt*, 144-154. <https://bdigital.ufp.pt/handle/10284/2981>
- Ribeiro, A. (2007). *Imagens da velhice em profissionais que trabalham com idosos: enfermeiros, médicos e técnicos de serviço social*. [Dissertação de Mestrado, Universidade de Aveiro] Ria.ua.pt. <https://hdl.handle.net/10773/3267>
- Rodrigues, L., Tavares, D., Dias, F., Pegorari, M., Marchiori, G., & Tavares, D., (2017). Qualidade de vida de idosos comunitários e fatores associados. *Revista de Enfermagem UFPE Online*, 11(3), 1430-1438. doi: 10.5205/reuol.10263-91568-1- RV.1103sup201715
- Ron, P. (2007). Elderly people's attitudes and perceptions of aging and old age: The role of cognitive dissonance? *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22 (7), 656-662. <https://doi.org/10.1002/gps.1726>
- Rosa, C., Castro, A., & Vidal, G. (2023). Representações Sociais do Envelhecimento ao longo do Ciclo da Vida. *Revista de Psicologia da IMED*, 14(2), 18-36. <https://doi.org/10.18256/2175-5027.2022.v14i2.4591>
- Rosa, M.J. (2012). *O envelhecimento da Sociedade Portuguesa*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Salgado, C. (2002) Mulher idosa: a feminização da velhice. *Estudos interdisciplinares sobre o envelhecimento*, 4, 7-19. <https://doi.org/10.22456/2316-2171.4716>
- Sampieri, R., Collado, C., & Lucio, P. (2010). *Metodología de la Investigación* (5ªed.). S. Paulo: McGraw-Hill.
- Sampieri, R., Collado, F., & Baptista, I. (2013). Metodologia de la investigation. In *Metodologia de Pesquisa* (5th ed.). Mc Graw Hill. <https://doi.org/10.6018/turismo.36.231041>
- Samuelsson, C., Adolfsson, E., & Persson, H. (2013). The use and characteristics of elderspeak in Swedish geriatric institutions. *Clinical linguistics & phonetics*, 27(8), 616-631. <https://doi.org/10.3109/02699206.2013.773382>
- Santos, G., & Sousa, L. (2015). Qualidade de vida em pessoas idosas no momento de internamento hospitalar. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 33(1), 2-11. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2014.06.004>
- Santos, V., Tura, L., & Arruda, A. (2011). As representações sociais de pessoa velha construídas por adolescentes. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 14, 497-509. <https://doi.org/10.1590/s1809-98232011000300010>
- Scholl, J. & Sabat, S. (2008). Stereotypes, Stereotype Threat and ageing: Implications for the Understanding and Treatment of People with Alzheimer's Disease. *Ageing and Society*, 28(1), 103-130. <https://doi.org/10.1017/s0144686x07006241>
- Segurança Social (2024). *Pensão de velhice*. <https://www.seg-social.pt/pensao-de-velhice>
- Silva, A. (2011). *Representações Sociais da Velhice*. [Tese de Douturamento, Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educação da Universidade do Porto.] <https://repositorio-aberto.up.pt/bistream/10216/56661/2/29717.pdf>

- Silva, C. (2014). Síndrome de Gerontofobia, o que é isso?. *Revista Longevidade*, (41).
- Silva, H., de Menezes Nogueira, J., dos Santos Junior, E., Coutinho, D., & de Freitas, M. (2020). Representações sociais de mulheres idosas sobre o envelhecimento. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, 10. <https://doi.org/10.19175/recom.v10i0.3821>
- Silva, L., Farias, L., de Oliveira, T., & Rabelo, D. (2012). Atitude de idosos em relação à velhice e bem-estar psicológico. *Revista Kairós-Gerontologia*, 15(2), 119-140. <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2012v15i2p119-140>
- Silva, M. (2012). *A influência da autopercepção do envelhecimento na satisfação com a vida em velhos: Diferenças de gênero e de idade*. [Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.] Repositório da Universidade de Lisboa. <https://hdl.handle.net/10451/8179>
- Silva, M. (2014). " *Tenho a idade das minhas artérias ou a idade do meu olhar?*"-Autopercepção da idade, do envelhecimento e imagens da velhice junto de idosos [Dissertação de Mestrado, Instituto Superior Bissaya Barreto.] Repositório comum do Instituto Superior Bissaya Barreto. <https://hdl.handle.net/10400.26/28930>
- Sneed, J. R., & Whitbourne, S. K. (2005). Models of the aging self. *Journal of Social Issues*, 61(2), 375-388. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.2005.00411.x>
- Sosa, G., Barrios, A., Mir, V., Luna, J., Garcia, G., Simbaña, R. (2023). Fatores associados a la percepción de discriminación: edadismo y calidad de vida de la población geriátrica desde un enfoque bioético. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de Córdoba*, 80(3), 221-238. <https://doi.org/10.31053/1853.0605.v80.n3.38107>
- Sousa L. & Cerqueira M. (2006). Influência do gênero nas imagens da velhice: um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista Kairós*, 9(2), pp.69-86.
- Sousa, L., Cerqueira, M. & Galante, H. (2008). How images of old age vary with age: an exploratory study among Portuguese population. *Reviews in Clinical Gerontology*, 18, pp. 1-14.
- Souza, E. (2002). *O idoso sobre o olhar do outro*. Pesquisa.bvsalud.org. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-318639>
- Spedale, S., Coupland, C. & Tempest, S. (2014). Gendered Ageism and Organizational Routines at Work: The Case of Day-Parting in Television Broadcasting. *Organization Studies*, 35(11), 1585-1604. <https://doi.org/10.1177/0170840614550733>
- Sun, C., Ding, Y., Cui, Y., Zhu, S., Li, X., Chen, S., ... & Yu, Y. (2021). A adaptação da transição de idosos para instituições de acolhimento residencial e fatores culturais: uma metassíntese. *BMC geriatrics*, 21, 1-14.
- Taxa de variação da população residente 2011-2021 por local de residência, sexo e grupo etário, (2021), Instituto Nacional de Estatística (INE). Acedido em dezembro de 2022 em <https://tabulador.ine.pt/indicador/?id=0011605>
- Teixeira, S., Souza, L. & Maia, L. (2018). Ageísmo institucionalizado: uma revisão teórica. *Revista Kairós-Gerontologia*, 21(3), 129-149. <http://dx.doi.org/10.23925/2176-901X.2018v21i3p129-149>
- Teixeira, S., Souza, L., Maia, L., & Silva, A. (2024). Percepções e experiência de idosos sobre a discriminação na velhice. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 24. <https://doi.org/10.12957/epp.2024.66572>

- Torres, T., Camargo, B., & Bousfield, A. (2016). Estereótipos sociais do idoso para diferentes grupos etários. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 32, 209-218. <https://doi.org/10.1590/0102-37722016012114209218>
- Torres, T., Camargo, B., Bousfield, A., & Silva, A. (2015). Representações sociais e crenças normativas sobre envelhecimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(12), 3621-3630. <https://doi.org/10.1590/1413-812320152012.01042015>
- Verde, C., & Almeida, A. (2018). *Violência contra os mais velhos. Uma realidade escondida*
- Vicente, F. (2012). *Imagens do idoso e do envelhecimento em estudantes universitários*. [Dissertação de Mestrado, Universidade da Beira Interior.] Ubibliorum.ubi.pt. <https://ubibliorum.ubi.pt/handle/10400.6/2704>
- Vieira, M. & Pimentel, L. (2016). *Relações intergeracionais: a arte de envelhecer aprendendo com os jovens*. [Tese de Mestrado, Escola de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria.] Ionline.ipleiria.pt. <https://iconline.ipleiria.pt/handle/10400.8/3191>
- Vieira, R. A. & Maciel, L. S. B. (2020). Melhor idade, ou naturalização da velhice e produção de preconceitos? *Série-Estudos*, 25(54), 49-63. DOI: <https://doi.org/10.20435/serie-estudos.v25i54.1303>
- Vieira, R., & Lima, M. (2015). Estereótipos sobre os idosos: dissociação entre crenças pessoais e coletivas. *Temas em Psicologia*, 23(4), 947-958. <https://doi.org/10.9788/TP2015.4-11>
- Vilaça, H. (2017). A religião na cidade: territórios, materialidades e comunicação. *Repositório-Aberto.up.pt*. <https://doi.org/10.21747/08723419/soctem2017a1>
- Villas-Boas, S., Ramos, N., Amado, J., Oliveira, A. L. D., & Montero, I. (2017). A redução de estereótipos e atitudes negativas entre gerações: o contributo da educação intergeracional. *Laplage em Revista*, 3, 206-220. <https://doi.org/10.24115/s2446-6220201733365p.206-220>
- Vitorino, A., & Morgado, S. (2014). Imagens do idoso e do envelhecimento em estudantes do ensino superior, da área do desporto. *Revista da UIIPS*, 104.
- Wurtele, S., & Maruyama, L. (2013). Changing students' stereotypes of older adults. *Teaching of Psychology*, 40(1), 59-61. <https://doi.org/10.1177/0098628312465867>
- Xavier, F. M., Ferraz, M., Marc, N., Escosteguy, N. U., & Moriguchi, E. H. (2003). Elderly people's definition of quality of life. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25(1), 31-39. <https://doi.org/10.1590/s1516-44462003000100007>
- Zanatta, C., de Santana, C., Domingos, L., da Silva Dufflis, A., & da Silva Coelho, P. (2021). Crenças de jovens a respeito do envelhecimento e a pessoa idosa. *Revista Valore*, 6, 183-200. <https://doi.org/10.22408/rev6020211028183-200>