

MARIANA BENTO PINTO

IDADISMO, COMPROMETIMENTO COGNITIVO, MOBILIDADE E COMUNICAÇÃO INFANTILIZADA EM CONTEXTO INSTITUCIONAL



ESCOLA SUPERIOR DE ALTOS ESTUDO

**Dissertação de Mestrado em Serviço
Social (2.º Ciclo)**

COIMBRA 2023

Idadismo, Comprometimento Cognitivo, Mobilidade e Comunicação Infantilizada em Contexto Institucional

Mariana Bento Pinto

Dissertação Apresentada ao ISMT para Obtenção do Grau de Mestre em Serviço Social

Orientadora:

Professora Doutora Fernanda Daniel

Membros do Júri

Presidente:

Professora Doutora Dulce Simões

Arguente:

Professora Doutora Sónia Ribeiro

Coimbra, 15 de dezembro de 2023

“Quando parecer que está tudo a ir contra ti, lembra-te que o avião descola contra o vento e não a favor dele”.

Henry Ford

“O momento que vivemos é um momento pleno de desafios.

Mais do que nunca é preciso ter coragem,
é preciso ter esperanças para enfrentar o presente.

É preciso resistir e sonhar.

É necessário alimentar os sonhos e concretizá-los dia-a-dia
no horizonte de novos tempos mais humanos,
mais justos, mais solidários”.

Marilda Iamamoto

AGRADECIMENTOS

Uma Dissertação de Mestrado é uma longa viagem, que inclui uma trajetória marcada por inúmeros desafios, tristezas, incertezas, alegrias e muitos percalços pela jornada, onde a sua conclusão culmina no término de um ciclo, inundado pelo sentimento de dever cumprido.

Tendo em plena consciência que o trabalho de investigação, pela índole académica, se resume a um trabalho individual e em geral solitário, ao longo da sua realização foram concretizados diversos contributos, que não podem e nem devem deixar de ser realçados. Trilhar este caminho só foi possível com o apoio, energia e força, destes contributos, a quem dedico este projeto de vida.

Especialmente, à minha Orientadora, Professora Doutora Fernanda Daniel, que sempre acreditou em mim, agradeço a orientação exemplar pautada por um elevado e rigoroso nível científico, um interesse permanente e fecundo, uma visão crítica e oportuna, um empenho inexcedível e saudavelmente exigente, os quais contribuíram para enriquecer, com grande dedicação, passo por passo, todas as etapas subjacentes ao trabalho realizado. Expresso, ainda, o meu agradecimento a todo o corpo Docente do Mestrado e não Docente do Instituto Superior Miguel Torga, pelo “abraço onde me levaram” durante estes cinco anos.

À instituição que me aceitou, inicialmente, como estagiária profissional e posteriormente como profissional de Serviço Social, agradeço profundamente todo o apoio, em especial à Direção, aos utentes das diversas respostas, e a todas/os as/os colaboradoras/es por me acarinharem, respeitarem como profissional e me incentivarem a continuar o meu percurso. À Dra. Sandra Rato, Diretora Técnica e minha colega de profissão, as palavras são escassas, para lhe agradecer todo o apoio que me foi oferecido. Desde a transmissão de conhecimentos, ao apoio emocional dentro e fora da instituição, ao abraço diário, à paciência que dispensou para me apoiar em todo este percurso. Será sempre um exemplo guia, para mim. O sentimento é de orgulho ao pertencer a esta Instituição, fazendo parte de uma equipa que trabalha, diariamente, para emancipar, zelar e apoiar a fazer a mudança na vida das pessoas idosas da Freguesia.

Aos meus amigos de sempre, agradeço o apoio incondicional, a motivação, a paciência, o conforto, a flexibilidade que tiveram para se adaptar às encruzilhadas da minha vida. Sou grata por estarem comigo nas antigas, atuais e futuras jornadas que a vida me apresentar.

Às minhas colegas de curso (Licenciatura e Mestrado), agradeço o apoio, atenção e cuidado que, mesmo não percorrendo caminhos idênticos, não me deixaram desamparada.

Chegada aqui, e com a certeza de que as palavras não vão conseguir exprimir o profundo e sincero agradecimento, dedico o meu sucesso enquanto pessoa e profissional, à minha família, em especial, aos meus pais, Lurdes e Manuel, que desde o primeiro momento sem hesitações, me guiaram da melhor forma, me acalmaram perante todas as angústias e fizeram do meu caminho um caminho iluminado e aconchegado. A vocês, nenhum obrigada será suficiente para demonstrar o quanto sou grata por esta caminhada que fizemos juntos. Aos meus avós Manel e Fernanda, ter-vos como anjos guia é um privilégio. Obrigada por responderem a todas as minhas preces e guiarem os meus passos, aí de cima. Ao Guilherme agradeço profundamente, pelo amor, pelas palavras certas nas horas de aflição, pela partilha, alento, apoio condicional e enorme compreensão, principalmente, neste último ano. Foste uma peça chave e um pilar para a conclusão deste percurso. À restante família, padrinhos, tios e tias, primos e primas, gratidão é uma palavra pequena para expressar tudo o que fizeram por mim.

Quase como uma sinopse, afirmo que fazer um trabalho desta envergadura não se limita à investigação, é um trabalho que se constrói de emoções, relações, partilhas, conhecimentos e fé.

O meu bem-haja a todos os que fizeram parte desta minha construção enquanto

Mestre em Serviço Social.

A todos vós serei, para sempre, grata!

Da Mariana

Índice

LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS.....	IV
ÍNDICE DE FIGURAS.....	V
ÍNDICE DE TABELAS.....	V
RESUMO	VI
ABSTRACT	VIII
ENVELHECIMENTO E POLÍTICAS SOCIAIS DE VELHICE	- 1 -
A RESPOSTA SOCIAL CENTRO DE DIA	- 5 -
IDADISMO	- 10 -
COMUNICAÇÃO INFANTILIZADA	- 15 -
MATERIAIS E MÉTODOS	- 21 -
Participantes	- 23 -
Instrumentos	- 26 -
Procedimentos	- 28 -
RESULTADOS	- 30 -
DISCUSSÃO	- 39 -
CONCLUSÃO	- 41 -
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	- 43 -

LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

ACE – Addenbrooke’s Cognitive Examination

CEE – Comunidade Económica Europeia

CNPTI – Comissão Nacional para a Política da Terceira Idade

ERPI – Estrutura Residencial para Pessoas Idosas

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPA – Instituições Particularidades de Assistência

IPSS – Instituições Particulares de Solidariedade Social

M-ACE – Mini- Addenbrooke’s Cognitive Examination

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

OARS – Older Americans Resources and Services

PILAR – Programa Idoso em Lar

PCHIC – Programa Conforto Habitacional para Pessoas Idosas

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

UN – United Nations

UNECE – United Nations Economic Commission for Europe

SPSS – Statistical Package for Social Science

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Modelo de Análise.....	17
--	----

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Número de Centros de Dia, Capacidade, Utentes, Taxa de Utilização e Cobertura por Distrito.....	7/8
Tabela 2 - Total de Equipamentos Sociais, por Distrito, entre os anos 1974 a 1998.....	9/10
Tabela 3 - Caracterização Sociodemográfica dos/as Colaboradores/as.....	23/24
Tabela 4 - Caracterização Sociodemográfica dos/as Utentes.....	25
Tabela 5 - Pontuações Obtidas na Escala de Idadismo Ambivalente, através do Método dos "Grupos Extremos.....	30/31
Tabela 6 - Pontuações obtidas no Mini-Addenbrooke's Cognitive Examination e nas questões preliminares do OARS.....	32/33
Tabela 7 - Pontuações obtidas após ponte corte no Easy-Care Standard Mobilidade.....	26
Tabela 8 - Frequência de uso de diferentes tipos de linguagem por colaboradoras/es com base nos resultados da Escala de Idadismo Ambivalente, com utentes sem comprometimento.....	35
Tabela 9 - Frequência de uso de diferentes tipos de linguagem por colaboradoras/es com base nos resultados da Escala de Idadismo Ambivalente, com utentes, apenas, comprometidos cognitivamente.....	36
Tabela 10 - Frequência de uso de diferentes tipos de linguagem por colaboradoras/es com base nos resultados da Escala de Idadismo Ambivalente, com utentes comprometidos fisicamente e cognitivamente.....	37

RESUMO

Contexto e Objetivo: Em Portugal, como na maioria dos países do mundo tem-se verificado um acentuado envelhecimento demográfico. As pessoas idosas, em contexto institucional, são muitas vezes submetidas a uma forma de comunicação conhecida como linguagem infantilizada. Essa prática é considerada negativa, subconsciente, condescendente, desrespeitosa e indesejável, originando-se de uma perspectiva depreciativa em relação às pessoas idosas. Essas atitudes e comportamentos estão principalmente associados a pessoas idosas que apresentam algum tipo de comprometimento físico e cognitivo.

Métodos: Estudo misto (quantitativo/qualitativo). Os dados foram recolhidos através da administração da *Ambivalent Ageism Scale* (colaboradores), de questionários sociodemográficos (utentes e colaboradores). A avaliação dos utentes implicou também a administração do *Mini-Addenbrooke's Cognitive Examination*, de componentes tanto do *Older Americans Resources and Services: Multidimensional Functional Assessment* como do Questionnaire e da *EASY-Care Standard 2010*. Foi utilizado um gravador e um caderno de campo para registar as interações verbais entre colaboradores/as ($n = 23$) e utentes ($n = 23$) foram observados.

Resultados: O nível médio de idadismo é de 58,91 ($DP = 13,93$). Constatou-se que dois dos/as participantes não apresentam pontuações sugestivas de comprometimento cognitivo e nove não apresentam pontuações sugestivas de limitações ao nível da mobilidade estando os restantes utentes da amostra cognitivamente ($n = 21$; 91%) e com mobilidade ($n = 14$; 61%) comprometidos. Os/As utentes que não apresentam qualquer tipo de comprometimento não são alvo de fala infantilizada. Todos os restantes utentes que apresentam comprometimento físico ou cognitivo são alvo de linguagem paternalista. A prevalência da utilização da fala infantilizada é maior nas mulheres do que nos homens, sugerindo que à medida que envelhecem as disparidades de tratamento baseado no género se tornam mais evidentes.

Conclusão: Monitorizar e estimular a comunicação neutra entre o/a colaborador/a e utente é crucial para a promover uma interação com qualidade. A consciencialização do “olhar” com humanidade, individualidade e respeito deve ser assumida por todos/as aqueles, que trabalham com esta população. Urge, do nosso ponto de vista, formar para melhor exercer a prática profissional.

Palavras-Chave: Pessoas Idosas; Idadismo; Comprometimento físico; Comprometimento cognitivo; Comunicação Infantilizada; Serviço Social

ABSTRACT

Context and Objective: In Portugal, as in most countries worldwide, there has been a pronounced demographic aging. Older people, particularly within institutional contexts, are often subjected to a form of communication known as elderspeak. This practice is considered negative, subconscious, condescending, disrespectful, and undesirable, stemming from a depreciative perspective towards the older people. These attitudes and behaviors are primarily associated with older individuals who exhibit some form of physical and cognitive impairment.

Methods: Mixed-methods study (quantitative/qualitative). Data were collected through the administration of the Ambivalent Ageism Scale (staff), sociodemographic questionnaires (clients and staff). Clients assessments also involved the administration of the Mini-Addenbrooke's Cognitive Examination, components from both the Older Americans Resources and Services: Multidimensional Functional Assessment and the Questionnaire, and the EASY-Care Standard 2010. A recorder and field notebook were used to record verbal interactions between staff ($n = 23$) and users ($n = 23$).

Results: The mean level of ageism is 58.91 ($SD = 13.93$). It was found that two participants did not show suggestive scores of cognitive impairment, and nine did not show suggestive scores of mobility limitations. The remaining users in the sample were cognitively ($n = 21$; 91%) and mobility ($n = 14$; 61%) compromised. Users without any form of impairment are not subjected to infantilized language. All other users with physical or cognitive impairment are targets of paternalistic language. The prevalence of infantilized language use is higher in women than in men, suggesting that gender-based treatment disparities become more evident with aging.

Conclusion: Monitoring and promoting neutral communication between staff and users are crucial for fostering quality interaction. Awareness of viewing old people with humanity, individuality, and respect should be embraced by all those working with this

population. From our perspective, training is urgently needed to enhance professional practice.

Keywords: Elderly; Ageism; Physical impairment; Cognitive impairment; Infantilized communication; Social Work.

ENVELHECIMENTO E POLÍTICAS SOCIAIS DE VELHICE

O envelhecimento pode ser analisado a partir de duas perspetivas distintas: a primeira, conhecida como envelhecimento demográfico ou populacional, centra-se nas mudanças na estrutura etária da sociedade, refletindo no aumento da proporção de pessoas com 65 anos ou mais na população em geral. Por outro lado, a segunda perspetiva, a do envelhecimento individual, aborda as transformações progressivas que o envelhecimento acarreta nas dimensões biológicas, psicológicas e sociais de cada indivíduo (António, 2011). Além destas duas perspetivas é importante, segundo Carvalho (2013), estabelecer uma diferenciação entre "envelhecimento individual" e "velhice", embora eles sejam frequentemente utilizados como sinónimos. Como já referido, o "envelhecimento individual é o processo das alterações biopsicossociais, que decorrem desde o momento da concepção até à morte do indivíduo" (2013, p.83). Dessa forma, o envelhecimento individual varia consideravelmente entre indivíduos, uma vez que, cada pessoa envelhece de maneira distinta, influenciada por diversos fatores, tais como, o seu estilo de vida, hábitos alimentares, nível educacional, ocupação profissional e condições de saúde crónicas. A velhice, por sua vez, está associada ao período da reforma, "apesar de esta idade começar a ser questionada, pela crise da segurança social e o aumento da esperança média de vida" (António, 2011, p. 5-6).

É no Século XX que o envelhecimento populacional emergiu como uma problemática política, económica e social complexa, exigindo uma pronta definição e conscientização quanto à implementação de Políticas Sociais que reflitam este fenómeno (Fernandes, 1997). O envelhecimento demográfico não está restrito ao âmbito nacional, mas tem aumentado de forma exponencial no mundo (Ferreira et al., 2013). A OMS (2011) afirma que a proporção da população mais idosa (acima de 85 anos) está em ascensão, representando cerca de 12% da população nos países desenvolvidos. Portugal em comparação com os outros 27 Estados-membros da União Europeia, enfrenta um processo de envelhecimento mais acelerado (Faria, 2023). De acordo com o INE (2020), estima-se que até 2080, em Portugal, haverá 317 pessoas idosas para cada 100 jovens. Esse aumento não só se verifica em termos absolutos, como também em termos relativos

(Rodrigues, et al, 2014), “refletindo a diminuição da natalidade, a melhoria das condições sanitárias, o aumento da esperança média de vida” (António, 2009, p. 23), e o aumento dos fluxos migratórios da população ativa (Cabral, 2013).

Sob a perspectiva de Ferreira et al. (2013), o envelhecimento é considerado um fenómeno benéfico tanto para os indivíduos quanto para a sociedade. Para este autor, esse fenómeno é uma característica das sociedades modernas e da sua evolução. Isso ocorre devido aos avanços económicos, sociais e médicos que possibilitam a melhoria das condições de vida, resultando num aumento da expectativa de vida média e, consequentemente, em profundas mudanças na estrutura da população. Por seu turno Soares et al. (2014, p. 140) afirma que o envelhecimento populacional coloca em causa a sustentabilidade das políticas económicas e sociais, uma vez que “existe uma maioria de pessoas que já não trabalham e não contribuem para os sistemas de proteção social, ao mesmo tempo que crescem os gastos com os sistemas de pensões e com os cuidados de saúde”.

Segundo o INE (2013), o processo de envelhecimento decorre da transição de um modelo demográfico com altas taxas de fecundidade e mortalidade para um modelo em que esses fatores, como mencionado anteriormente, atingem níveis muito baixos. Como resultado, surge um “estreitamento da pirâmide etária, sendo a base reduzida no número de nascimentos e o topo elevado com população mais velha” (INE, 2013, p.4)

De acordo com Daniel e colaboradores (2019, p. 86) “se se analisar diferentes grupos etários, constata-se que a percentagem de indivíduos que apresentam limitações na sua capacidade funcional aumenta com o avançar da idade”. Apesar dessa associação, importa criar condições para que a exclusão das pessoas idosas da vida social não aconteça. Contudo a incapacidade funcional destina-as, frequentemente, a uma sociabilidade limitada ao âmbito familiar e/ou à vivência de situações de completa solidão social. Para Ferreira et al. (2013) “o envelhecimento acentua riscos, correlativos da idade e da vulnerabilidade do estado de saúde, do isolamento social e da solidão propriamente dita, da dependência não só física e mental, como também económica (...) e (...) da estigmatização, seja a discriminação ou o preconceito paternalista, condescendente e menozante em relação aos chamados “velhos” ” (2013, p.12).

Por este facto importa que as políticas de velhice vão ao encontro das necessidades das pessoas idosas, especialmente, as que vivenciem situações de vulnerabilidade.

Diferentes organismos, com destaque para a Organização das Nações Unidas, têm procurado proporcionar uma base para a formulação de Políticas e Programas sobre o envelhecimento. No contexto da evolução de eventos significativos merecedores de referência destacamos a resolução 33/52 da Assembleia Geral da ONU, de 14 de Dezembro de 1978, que reconheceu a necessidade de chamar a atenção mundial para o envelhecimento. Assim, em 1982, em Viena decorreu a I Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento onde foi aprovado o Plano Internacional de Ação de Viena. Esse plano desempenhou um papel fundamental na orientação e na formulação de ações relacionadas a esse fenómeno, influenciando a formulação de iniciativas e políticas (UN, 2023).

Durante a Segunda Assembleia Mundial do Envelhecimento das Nações Unidas, ocorrida em 2002 em Madrid, o tema do envelhecimento ocupou o centro do debate global e foi amplamente reconhecido que “as pessoas idosas deveriam ser consideradas como participantes ativas de uma sociedade que integra o envelhecimento, e assumir a posição de contribuintes ativos e beneficiários do desenvolvimento”, garantindo um envelhecimento com segurança, dignidade e participação das pessoas idosas na sociedade usufruindo de plenos direitos (Minayo & Junior, 2002).

No âmbito nacional, importa mencionar que as respostas sociais dirigidas à população idosa em Portugal (continente) são assumidas pela rede solidária e lucrativa (Daniel, et al., 2019). Em Portugal no final do século XIII e no início do século XIV, surgiram as primeiras instituições voltadas para o apoio à população mais idosa. Essas instituições eram destinadas a pessoas idosas que se encontravam em situações de fragilidade e vulnerabilidade. Isso significa que estas instituições eram direcionadas para indivíduos que não possuíam uma rede de apoio familiar ou que se encontravam em idade avançada, doentes e dependentes de cuidados (Cardoso, 1999). Existiam, então, quatro tipos de estabelecimentos assistenciais, “albergarias, hospitais (como hospedarias para os pobres), gafarias ou leprosarias (asilos onde se recolhiam os incuráveis) e mercearias (obrigação religiosa de fazer o bem pela alma ou saúde de alguém)” (Pimentel, 2001, p. 65). Estas instituições estavam ligadas a imagens e representações simbólicas predominantemente negativas, que remetiam para “uma velhice triste, pobre e solitária, enquanto etapa à espera da morte (Fernandes, 1997, p.150). Por este motivo na modernidade “as novas instituições optaram, estrategicamente, por (...) terminologias eufemísticas em que se refere o âmbito familiar ou (...) hoteleiro” (Daniel, 2009, p. 66).

A partir do século XVII, a assistência à população começou a desvincular-se da caridade religiosa, especialmente, com a criação da Casa Pia, que surgiu como resposta aos problemas sociais decorrentes do terramoto de Lisboa. Esse evento é considerado um marco na implementação da assistência social de origem pública/estatal em Portugal. No entanto, somente em 1960, com a promulgação da Lei 2120 de 19 de julho, foram estabelecidas as Instituições Particulares de Assistência (IPA), que assumiram diversas formas, incluindo Associações Benéficas, Institutos de Assistência e Institutos de Utilidade Pública (Governo de Portugal, 2023).

Com a inclusão da Declaração da Política da Terceira Idade na Constituição de 1976, a velhice passou a ser abordada em discursos. Isso deu origem à criação de instalações e serviços, como Centros de Convívio e o Serviço de Apoio Domiciliário (Silveira, Guerra & Matias, 2002), com o objetivo de prevenir a dependência, integrar as pessoas idosas na comunidade, reduzir o isolamento, fornecer informações sobre cuidados de saúde e oferecer refeições leves (Fernandes, 1997). O Serviço de Apoio Domiciliário além de evitar a institucionalização “visava à redução das despesas públicas” (Carvalho, 2013, p. 84).

No período de 1976 a 1985, “surgiram os Centros de Dia, numa concepção de estabelecimento aberto, que contemplava a junção entre o domicílio e o internamento, estimulando a sua permanência no meio familiar e social” (Cardoso, 1999, p. 80).

No período de 1985 a 1995, “a política de manutenção do idoso no domicílio e a política de redução das despesas por parte do Estado” manteve-se (Carvalho, 2013, p. 92-93) e com o Decreto-Lei n.º 119/83 de 25 de fevereiro é aprovado o estatuto das Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) (Diário da República, 2023). No preâmbulo da referida lei é mencionado que “é vontade firme do Governo, criar as condições adequadas para o alargamento e consolidação de uma das principais formas de afirmação organizada das energias associativas e da capacidade de altruísmo dos cidadãos, através de instituições que prossigam fins de solidariedade social”. Neste período assiste-se a uma transferência de serviços públicos para o setor privado (Carvalho, 2013). Em 1986 Portugal integra a Comunidade Económica Europeia (CEE), pouco tempo depois, em 1988, foi criada, por Resolução do Conselho de Ministros 15/88, de 23 de Abril e nos termos da alínea g) do artigo 202.º da Constituição, a Comissão Nacional para a Política da Terceira Idade (CNAPTI). Em 1994 foi criado o “Programa Idoso em Lar” (PILAR), que promovia a apoiar e desenvolver projetos que visavam criar

respostas às diferentes necessidades vividas pelos mais dependentes (Carvalho, 2013). Por fim, em 2002 com o “objetivo de ajudar a pessoa a recuperar ou manter a sua autonomia e/ou a maximizar a sua qualidade de vida foi implementada pelo Decreto-Lei n.º 101/2005 a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), e o “Programa Conforto Habitacional para Pessoas idosas (PCHIC)” (Carvalho, 2013, p.94).

Atualmente, as respostas sociais disponíveis no território nacional para a área do envelhecimento ainda enfrentam desafios relacionados com a sua estrutura e concepção. As medidas são consideradas insuficientes em relação tanto à quantidade quanto à diversidade (Daniel, 2009). A Carta Social (2020) apresenta-nos as seguintes respostas sociais dirigidas às pessoas idosas: Centro de Convívio, Centro de Dia, Centro de Noite, Serviço de Apoio Domiciliário, Residências e ERPI.

No que diz respeito a essas respostas sociais, alguns autores argumentam que “todas (...) têm uma linha comum de atuação e de intervenção que procede de um reconhecimento dos direitos da pessoa idosa e dos princípios de independência, de participação, de dignidade, de assistência e de realização do indivíduo, consagrados nas Nações Unidas, e que visam a promoção do Envelhecimento Ativo.” (Firmino, Simões & Cerejeira, 2016, p. 19).

A RESPOSTA SOCIAL CENTRO DE DIA

Os Centros de Dia são uma resposta com uma longa história se a nossa análise se focar ao nível mundial. Na década de 1920, surgiram na Rússia, os primeiros indícios da resposta social Centro de Dia. Nesse período, foram implementados os primeiros programas de cuidados diurnos, principalmente voltados para pacientes com doenças mentais, com o objetivo principal de oferecer alternativas ao internamento. Neste contexto, o foco desta resposta centrava-se nos cuidados de saúde (Martin, 2002).

Em Portugal o Centro de Dia é uma das sete respostas sociais dirigidas à população idosa. Segundo o Instituto da Segurança Social, o Centro de Dia apresenta-se como uma “resposta que possibilita às pessoas novos relacionamentos e elos de ligação com o exterior, através do estabelecimento de contactos com os colaboradores, voluntários, clientes e pessoas da comunidade” (2015, p.9). Martin (2002) afirma que os

serviços oferecidos por esta resposta social têm o propósito de permitir que a população idosa permaneça nas suas casas pelo maior tempo possível e de manter o contato da pessoa idosa com as suas relações significativas, retardando, assim, a necessidade de ingressar numa instituição de cuidados de longa duração. No mesmo sentido Carvalho (2023) afirma que o principal objetivo do Centro de Dia é permitir que os idosos permaneçam em suas casas pelo maior tempo possível. Esta resposta deve:

proporcionar serviços adequados à satisfação das necessidades dos utentes; estabilizar ou retardar as consequências desagradáveis do envelhecimento; prestar apoio psicológico e social; promover as relações interpessoais e intergeracionais; permitir que a pessoa idosa continue a viver na sua casa e no seu bairro; evitar ou adiar ao máximo o recurso a estruturas residenciais para pessoas idosas, contribuindo para a manutenção dos utentes em meio natural de vida; contribuir para a prevenção de situações de dependência, promovendo a autonomia” (Instituto da Segurança Social, 2017, p. 6).

Esta resposta social abrange metas diferenciadas que se dividem em duas dimensões específicas: a dimensão individual, centrada no utilizador, e a dimensão ampliada, centrada nas famílias e cuidadores (Carvalho, 2023).

A resposta social “Centro de Dia” inclui transporte, fornecimento de refeições, cuidados de higiene pessoal, assistência medicamentosa, atendimento médico e de enfermagem, suporte social, atividades de animação sociocultural, acompanhamento em atividades externas, e serviços adicionais, como cuidados de limpeza de habitação e tratamento de roupa, além da disponibilização de jantar (Bonfim & Saraiva, 1996).

Esses serviços são prestados por uma equipa multidisciplinar composta por Ajudantes de Ação Direta, Auxiliares de Serviços Gerais, Cozinheiras e Auxiliares de Cozinha, Equipa de Limpeza, Animador/a Sociocultural, Assistentes Sociais, Enfermeiras/os e Médico/a, cuja principal responsabilidade é garantir o bem-estar dos utentes e atender às suas necessidades da melhor forma possível (Bonfim & Saraiva, 1996).

As diretrizes para o funcionamento do Centro de Dia estão delineadas num Regulamento Interno, elaborado pela entidade que detém a referida resposta, que estabelece os direitos e responsabilidades tanto dos utentes e/ou seus familiares quanto da instituição. A Resposta Social Centro de Dia, obedece a um Guião Técnico (Bonfim

& Saraiva, 1996, p.5), (...) que visa definir normas reguladoras de funcionamento (...)” desta resposta social.

Em Portugal, esta resposta social é fornecida por instituições privadas da rede solidária e da rede lucrativa. Na rede solidária esta resposta constitui-se, maioritariamente, como instituição particular de solidariedade social (IPSS) e adquire automaticamente a natureza legal de pessoa coletiva de utilidade pública. Na Carta Social (2023) identificámos no território português (continente) o número de instituições que oferecem a resposta social “Centro de Dia”, a sua capacidade total e o número de utentes que a frequentam. Constatou-se que a taxa média de utilização desta resposta social é cerca de metade da capacidade total disponibilizada pelas instituições para atender à população idosa. Por outras palavras, cerca de 53% da capacidade total dos Centros de Dia está a ser efetivamente utilizada por utentes, conforme evidenciado na Tabela 1.

Tabela 1

Número de Centros de Dia, Capacidade, Utentes, Taxa de Utilização e Cobertura por Distrito

Distrito	Equipamentos	Capacidade	Total	Tx. Ut.
	Sociais	total	utentes	(%)
Aveiro	143	4345	2908	67%
Beja	49	1463	369	25%
Braga	137	3426	2463	71%
Bragança	74	1640	610	37%
Castelo Branco	119	2922	1205	41%
Coimbra	164	4970	2464	49%
Évora	85	1864	766	3,5%
Faro	56	2309	864	37%

Distrito	Equipamentos	Capacidade	Total	Tx. Ut.
	Sociais	total	utentes	(%)
Guarda	151	2991	1091	36%
Leiria	124	3180	1571	49%
Lisboa	240	10756	6230	57%
Portalegre	61	1473	568	38%
Porto	204	7585	5269	69%
Santarém	136	4309	2099	48%
Setubal	95	4641	2100	45%
Viana do Castelo	52	1494	888	59%
Vila Real	47	1103	516	46%
Viseu	107	2410	1371	56%
Total	2044	62881	33352	53%

Nota. Tx. Ut. = Taxa de utilização. Carta Social (2023). Elaboração própria a partir dos dados proveniente da Carta Social: <https://www.cartasocial.pt/início>

No entanto, esta nem sempre foi a realidade em Portugal. Ao observarmos a Tabela 2, torna-se evidente que a resposta social "Centro de Dia" era quase inexistente no país antes do 25 de Abril de 1974, começando a desenvolver-se, somente, nos anos subsequentes.

Tabela 2

Total de Equipamentos Sociais, por Distrito, entre os anos 1974 a 1998

Distrito	Ano de entrada em funcionamento			
	Até 1974	1975 a 1998	1986 a 1998	1996 a 1998
Aveiro	0	11	54	15
Beja	1	9	10	8
Braga	0	7	38	23
Bragança	0	8	44	15
Castelo Branco	1	23	60	18
Coimbra	4	24	56	8
Évora	2	9	31	21
Faro	0	17	26	7
Guarda	0	14	65	24
Leiria	2	6	31	4
Lisboa	8	59	82	45
Portalegre	2	17	30	6
Porto	1	24	60	18
Santarém	0	21	43	25

Setubal	3	36	30	16
Viana do Castelo	0	4	14	12
Vila Real	1	4	15	6
Viseu	0	13	38	10
Total	25	306	727	281

Fonte. Daniel, Ferreira e Monteiro (2016). Cartografia da oferta pública e privada de serviços dirigidos à população idosa em Portugal: <https://www.scielo.br/j/sssoc/a/HNPWMrjcNvw9ksDrbwMRhCD/abstract/?lang=pt>

IDADISMO

O preconceito desempenha um papel essencial na compreensão das dinâmicas entre certos grupos sociais, especialmente, aqueles que mantêm relações caracterizadas por evidentes estruturas hierárquicas. A sua concepção tradicional descreve-o como uma atitude negativa caracterizada pela antipatia em relação a indivíduos ou grupos sociais” (Vieira, 2018, p.21). Por outras palavras, o preconceito é o ponto de partida para entender o que é o "idadismo”.

O idadismo é classificado como um dos "ismos", ao lado do sexismo ou o racismo devido à sua natureza sistémica e generalizada e afeta a população idosa em vários níveis. A nível individual, traduz-se no evitamento de contato com pessoas idosas, negar o processo de envelhecimento e perpetuar atitudes e estereótipos negativos. No contexto institucional, abrange maus-tratos, discriminação no ambiente de trabalho, preconceitos nas Políticas Públicas, entre outros. Na esfera social, o idadismo manifesta-se por meio da linguagem, das normas sociais e da segregação com base na idade (Palmore, Branch & Harris, 2005 cit in Butler, 2005).

As investigações sobre o idadismo têm sido, predominantemente, conduzidos em países de língua inglesa/americana. Nas referidas investigações é demonstrado que as atitudes negativas em relação às pessoas idosas são prevalentes (Garstka et al., 2004 cit in Eurage, 2010, p. 9).

A discriminação relacionada com a idade não se limita às pessoas idosas e não é exclusiva dessa faixa etária. Atitudes negativas em relação aos jovens também foram reportadas em estudos (Ayalon & Tesch-Römer, 2018). No entanto, há evidências que sugerem que a população idosa é particularmente vulnerável à experiência do preconceito contra a idade, como indicado por pesquisas anteriores (North & Fiske, 2015).

De acordo com Daniel et al. (2015), o termo "idadismo" (ou "ageism", em inglês) foi cunhado pelo Gerontólogo Robert Butler em 1969, no seu artigo "Age-Is: another form of bigotry" definindo age discrimination or age-ism como "o preconceito por um grupo etário em relação a outras faixas etárias" (1969, p. 243).

Azulai (2014, p.3) descreve o idadismo como um fenómeno de preconceito relacionado com a idade, definindo-o como "uma discriminação amplamente aceite contra pessoas mais velhas, com base na crença de que o envelhecimento torna as pessoas menos atraentes, inteligentes, sexuais e produtivas". No mesmo sentido, Marques (2011, p. 18) define o idadismo como "atitudes e práticas negativas generalizadas em relação a indivíduos, baseadas somente numa característica, a sua idade". A OMS, no seu Relatório Mundial sobre Idadismo (2022, p.2) afirma que o idadismo "surge quando a idade é usada para categorizar e dividir as pessoas de maneira a causar prejuízos, desvantagens e injustiças, e para arruinar a solidariedade entre as gerações." Considera também que "o idadismo é um fenómeno social definido como um estereótipo, preconceito e discriminação dirigida contra outros ou contra si mesmo, tendo por base a idade." No mesmo sentido, Marques (2011), afirma que idadismo possui três dimensões: estereótipos, preconceitos e discriminação, e manifesta-se em três níveis: institucional, interpessoal e contra si próprio. Cada uma dessas dimensões está relacionada a uma função psicológica específica, envolvendo pensamentos (estereótipos), sentimentos (preconceitos) e ações ou comportamentos (discriminação).

- **Os estereótipos** são crenças que a sociedade apresenta em relação ao grupo das pessoas mais velhas, ou seja, refere-se à tendência para percebermos todas as pessoas de uma determinada idade como um grupo homogêneo, que se caracteriza muito, frequentemente, por determinados traços negativos como a incapacidade e a doença".
- **O preconceito** são atitudes idadistas que estão relacionadas com os sentimentos face ao grupo etário, pois o idadismo pode manifestar-se através de sentimentos de desdém

em relação ao envelhecimento e às pessoas mais velhas, embora, muitas vezes, assuma formas mais disfarçadas como a piedade ou o paternalismo.

- **A discriminação** assume que o idadismo inclua também uma componente mais comportamental relacionada com os atos de discriminação em relação às pessoas idosas.

No que diz respeito aos três níveis de manifestação do idadismo, o Relatório Mundial sobre o Idadismo (2022, p.6-7) oferece uma descrição personalizada de cada um deles:

- **Institucional:** Este nível refere-se ao idadismo que ocorre dentro de instituições. “As pessoas, frequentemente, não reconhecem a existência de tal preconceito institucional, uma vez que as regras, normas e práticas da instituição existem há muito tempo, tornaram-se rituais e são vistas como normais”. As ideologias institucionais oferecem muitas justificativas plausíveis para a maneira como as coisas são feitas. Portanto, embora nem sempre seja intencional, “o idadismo institucional pode legitimar a exclusão de pessoas do poder e da influência.”
- **Interpessoal:** Este nível, envolve o idadismo que ocorre durante as interações entre dois ou mais indivíduos. Há uma distinção entre o autor e o alvo do idadismo. Por exemplo, pode manifestar -se através do uso de um tom excessivamente condescendente, vocabulário simplificado e estrutura gramatical infantilizada ao interagir com pessoas idosas.
- **Contra si próprio:** Neste caso, o idadismo é direcionado à própria pessoa. “As pessoas assimilam o viés com base na idade expressado pela cultura ao seu redor após serem repetidamente expostas a essas ideias preconcebidas e, em seguida, aplicam essas tendências a si mesmas”.

Tulha (2021) descreve o idadismo recorrendo a uma história de vida significativa:

Elisabete Machado, viseense de 59 anos, deu aulas na área das artes plásticas durante 33 anos. Mais para o fim, quando percebeu que as vagas estavam a escassear, começou a desconfiar (e bem) que um dia deixaria de haver lugar para ela. Vai daí, com 45 anos, aventurou-se numa licenciatura em Serviço Social. “A ideia foi ter uma alternativa, para não ficar sem emprego.” A previdência serviu-lhe de pouco. Aos 52 anos, ficou desempregada e nem o curso lhe valeu. (...) Com 59 anos, vive com uns míseros 400

euros de pensão, porque, ao fim de incontáveis negas, viu-se obrigada a meter a reforma antecipada. Pior é pensar no argumento que lhe fechou as portas: (...) a idade. Chegou a tal ponto, que Elisabete foi interiorizando aquele discurso. “Cheguei a convencer-me de que tinha de dar lugar aos mais novos e que tinha mesmo que me encostar, apesar de não me sentir velha.” Para não dar lastro à revolta interior que lhe ficou, tenta manter-se ocupada, fazendo caminhadas, indo ao ginásio, (...) praticando atividades ao ar livre e voluntariado, entretanto, vai acalentando a esperança de conseguir “umas horitas” numa IPSS para complementar o ínfimo valor que lhe cai na conta no fim do mês.

Existem vários fatores que parecem impulsionar o uso deste tipo de atitude, e de acordo com Marques e Lima (2010), três deles destacam-se. O primeiro fator relaciona-se com “facto de as pessoas idosas não estarem a trabalhar activamente e vivermos numa sociedade que privilegia a produtividade acima de tudo. Este fator diminui consideravelmente o interesse nas pessoas idosas” (Cuddy & Fiske, 2002, citados por Marques e Lima, 2010, pp. 15-16). O segundo fator, conforme Binstock (2005, citado por Marques e Lima, 2010), que pode explicar as práticas idadistas, relaciona-se com a percepção das pessoas idosas como um “fardo” para o orçamento do Estado. Por fim, um terceiro fator frequentemente, apontado como base do idadismo em relação aos mais velhos envolve a maneira temerosa com que tendemos a encarar o envelhecimento e a morte, conforme descrito por Greenberg, Schimel e Martens (2002).

Tulha (2021), baseando-se no estudo do especialista Alexandre Kalache, apresenta a existência dos quatro “is” de onde podem derivar comportamentos que fomentam o idadismo, que são: “a ideologia de um grupo que se acha superior em relação a outro, a institucionalização, que é quando essa ideologia é adotada pelas instituições e acontece (...), a parte interpessoal (...) e a internalização que é quando a pessoa acaba por acreditar que realmente vale menos do que o outro, que é um fardo, que deve sair de cena”.

De acordo com Tulha (2021), o ex-diretor do Departamento de Envelhecimento e Saúde da OMS, Alexandre Kalache, argumenta que para combater o idadismo, é essencial realizar uma “ressignificação” do próprio processo de envelhecimento e investir em autodesenvolvimento. Ele ressalta a necessidade de considerarmos, cuidadosamente, se desejamos ser tratados da mesma forma como os mais velhos estão a ser tratados. No entanto, é igualmente urgente que ocorra uma mudança em todo um paradigma, abrangendo esferas estatais, institucionais e políticas públicas.

De acordo com o Relatório Mundial sobre o Idadismo (2022, p.8), “a percepção de comportamentos idadistas nem sempre é evidente para todos os indivíduos”. O idadismo pode ser categorizado como explícito ou implícito, dependendo diretamente do nível de consciência ou percepção da pessoa que apresenta atitudes idadistas. Por exemplo, no idadismo explícito, os pensamentos, sentimentos e ações idadistas da pessoa, dirigidos a si própria ou a outros, são conscientes e intencionais. No entanto, no idadismo implícito, os pensamentos, sentimentos e ações em relação a si próprio ou aos outros ocorrem de forma inconsciente e, na maioria das vezes, involuntária e fora do controle do indivíduo. Por exemplo, no idadismo implícito, os indivíduos não reconhecem os pensamentos, sentimentos e ações desencadeados pelos estereótipos de idade e podem atribuir esse comportamento a outros fatores.

Marques (2011, p.33) apresenta outra tipologia para categorizar as atitudes idadistas, que incluem “envolver comportamentos abertamente hostis, assim como comportamentos que podem parecer bastante positivos, mas que, em última análise, servem para impedir que as pessoas idosas atinjam os seus objetivos”. Para além das formas mais evidentes de abuso e maus-tratos, que são consideradas prejudiciais, existem outras manifestações de idadismo que costumam escapar à nossa atenção, como indicado por Marques (2011). Alguns exemplos destes comportamentos incluem a oferta excessiva de ajuda e a superproteção em relação às pessoas mais velhas. Embora essas ações sejam motivadas por boas intenções, podem ser percebidas como idadistas e prejudiciais, uma vez que tendem a promover a incapacidade e a dependência das pessoas idosas, como afirmado por Marques (2011). Outro exemplo bem intencionado, mas idadista, conforme descrito por Marques (2011, p.34) é o “surgimento de alguma situação de maior dependência, em que a pessoa idosa necessita de maior apoio, em algum aspeto particular, (sendo) este (...) negociado entre os restantes membros da família, mas com exclusão do próprio interessado”. No mesmo contexto, Coelho (2013, p.4) argumenta que a invisibilidade das pessoas idosas é perpetuada por outras formas de discriminação que são aparentemente benevolentes, como o paternalismo. Ela destaca que “o paternalismo tem a ver com decisões tomadas por outros sob a justificação de que graças a essa decisão a situação da pessoa melhorará, apesar de o interessado não desejar a decisão à liberdade de realizar opções sobre assuntos que lhe dizem respeito”.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2023) “as atitudes negativas sobre o envelhecimento e sobre as pessoas idosas têm consequências significativas para a saúde

física e mental dos adultos mais velhos.” As pessoas mais idosas que têm a percepção de serem um fardo tendem a se considerar menos úteis, o que as coloca em maior risco de desenvolver depressão e vivenciar o isolamento social, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (2023).

O Relatório Mundial sobre o Idadismo (2022, pp. 53-54) aponta que o idadismo está correlacionado com uma maior probabilidade de morte prematura, visto que essa atitude está ligada à deterioração do estado físico, o que, por sua vez, dificulta a recuperação de eventos incapacitantes. O mesmo afirma que “em todos os 13 estudos sobre esse tema, as pessoas que vivenciaram idadismo, tiveram maior probabilidade de adotar comportamentos de risco à saúde, deixando de tomar os seus medicamentos da forma prescrita, consumindo excessivamente bebidas alcoólicas ou praticando tabagismo, ou alguma combinação desses malefícios”.

Tanto o idadismo interpessoal quanto o institucional podem contribuir para o uso inadequado de medicamentos, a polifarmácia ou a não adesão à medicação, redução da capacidade funcional intrínseca e maior incidência de síndromes geriátricas, como a síndrome de quedas.

Segundo o Relatório Mundial sobre o Idadismo (2022, pp. 55-56), o idadismo também está associado à deterioração da saúde mental. “Cerca de 96% dos estudos que examinaram a relação entre o idadismo e a saúde mental encontraram evidências de que idadismo influenciou nas condições psiquiátricas”. Além disso, aponta que a exposição das pessoas idosas a estereótipos negativos, mesmo que inconscientes, está relacionada à diminuição da capacidade cognitiva e da memória. O idadismo tem sido associado ao desenvolvimento de depressão, havendo um aumento significativo de síndromes depressivas e depressão crônica.

COMUNICAÇÃO INFANTILIZADA

De acordo com Shaw e Gordon (2021, p.4), “o fenômeno elderspeak foi relatado, pela primeira vez, em 1981 em lares de idosos dos Estados Unidos”. Naquele ano, os pesquisadores Ashburn e Gordon identificaram a simplificação da linguagem por parte dos colaboradores ao se comunicarem com os residentes, em comparação com suas interações com colegas de trabalho. Outro estudo realizado num lar de idosos chegou a

uma conclusão semelhante (Culbertson & Caporael, 1983, citado em Shaw & Gordon, 2021).

Além disso, no mesmo ano de 1981, o investigador Caporael conduziu uma pesquisa na qual identificou que 22% das comunicações feitas por profissionais de longa permanência para os residentes continham algum tipo de "conversa de bebê". Surpreendentemente, 75% dessas interações com os residentes não podiam ser distinguidas da comunicação dirigida a crianças de 2 anos de idade (Caporael et al., 1983, citado em Shaw & Gordon, 2021).

Ao longo das últimas quatro décadas de pesquisa sobre o *elderspeak*, o termo tem sido descrito como "conversa de bebê," "comunicação infantilizada," "super-acomodaçã da comunicação" e "conversa paternalista" (Pinazo-Hernandis, 2013). A definição de *elderspeak* tem evoluído ao longo do tempo devido à complexidade inerente ao conceito, como destacado por Pinazo-Hernandis (2013).

Conforme destacado por Shaw e Gordon (2021, p.2) “o *elderspeak* é um registo de fala simplificado usado com pessoas idosas que soa como “conversa de bebê”. Essa forma de comunicação caracteriza-se por uma série de ajustes linguísticos, que englobam ritmo, som, estrutura de frase e significado. Isso pode incluir esforços para adotar uma voz aguda e exagerada, o uso de termos inadequados de carinho (como "querida") e o uso do pronome coletivo (por exemplo, "nós" em vez de "você"). O *elderspeak* é frequentemente observado em ambientes de cuidados formais a pessoas idosas, conforme indicado por Herman e Williams (2009), e pode ser adotado por diversos profissionais de saúde, incluindo médicos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais e enfermeiros.

Em consonância com essa perspectiva, Soderstrom (2007, citado em Shaw & Gordon, 2021) aponta que as adaptações linguísticas do *elderspeak* são semelhantes às encontradas na fala dirigida a bebês, podendo resultar em autopercepções negativas por parte das pessoas idosas.

Segundo Shaw e Gordon (2021, p.4) “as características de comunicação do *elderspeak* enquadram-se em dois domínios primários: verbal e não verbal. Dentro do domínio verbal, os atributos podem ser ainda categorizados em dimensões linguísticas e paralinguísticas”. As dimensões linguísticas abrangem a semântica, que diz respeito ao significado da linguagem, bem como a sua forma gramatical e pragmática, que se refere à utilização contextual da linguagem. As dimensões paralinguísticas, por outro lado,

englobam a forma como a mensagem linguística é comunicada, incluindo a velocidade da fala, a precisão da articulação e variações na pronúncia e entoação, que dependem do tom, da duração e da intensidade. Por fim, o domínio não verbal compreende as dimensões extralinguísticas da comunicação, nas quais a mensagem é codificada de forma diferente da linguagem verbal, como por meio da linguagem corporal e gestos, muitas vezes complementando ou substituindo a comunicação verbal.

Segundo Pinazo-Hernandis (2013), é importante notar que, frequentemente, os aspectos não-verbais da comunicação não são levados em consideração no contexto do elderspeak, embora esses comportamentos não-verbais possam transmitir atitudes de condescendência, controle e/ou cuidado.

Quanto aos atributos semânticos, Williams et al. (2017) relata que no elderspeak, as substituições lexicais variam desde formas mais subtis, como o uso de vocabulário simplificado, até exemplos mais evidentes, como a utilização de diminutivos comuns na fala direcionada a crianças (por exemplo, "querida", "boo-boo").

Estudos observacionais realizados em lares de idosos nos Estados Unidos revelaram a presença de diminutivos em 53% das 80 interações entre funcionários e residentes. Além disso, observações etnográficas conduzidas em vários centros de dia para adultos nos Estados Unidos, conforme relatado por Williams et al. (2017), documentaram diversos exemplos extremos de diminutivos. Outra característica do elderspeak é a substituição de pronomes coletivos da primeira pessoa (como "nós") por pronomes da segunda pessoa (como "você"). Os autores deram como exemplo a seguinte frase: "É importante sairmos do nosso quarto por um tempo, querido" (Ryan et al., 2000 cit in Shaw e Gordon, 2021, p.5). De acordo com Williams e colaboradores (2017), o uso inadequado do pronome coletivo foi utilizado para ilustrar a recusa do comunicador em tratar o paciente como um indivíduo.

No que diz respeito, aos atributos sintáticos, as modificações mais frequentes envolvem o encurtamento e/ou simplificação das frases. Em geral, as afirmações direcionadas a pessoas idosas tendem a ser mais curtas e/ou menos complexas em comparação com as dirigidas a pessoas jovens, conforme indicado em estudos anteriores (Culbertson & Caporael, 1983; Kemper, 1994; Kemper et al., 1995; Samuelsson et al., 2013; Schroyen et al., 2018, cit in Pinazo-Hernandis, 2013). Além disso, observa-se que

as afirmações são ainda mais curtas e menos complexas quando a pessoa idosa em questão possui ou é suspeita de ter demência (Samuelsson et al., 2013).

No que se refere aos atributos pragmáticos/discursivos, de acordo com Pinazo-Hernandis (2013), no âmbito do discurso, o *elderspeak* é mais provável de surgir como um subproduto da interação entre o cuidado e o controle inerentes à relação entre o cuidador e o paciente. Shaw e Gordon (2021, p.5) afirmam que o “discurso diretivo, geralmente na forma de frases imperativas (por exemplo: “Tire o seu vestido”), é um ato de fala frequente que exerce controle em contextos de cuidado”. Realizar perguntas anexadas ao final de uma declaração que dão a ilusão de escolha, também podem “servir” a função de mitigação, tais como: “Está pronto para o café da manhã, agora, não está?” (Williams, Shaw et al., 2017 cit in Shaw e Gordon, 2021, p.6).

Quanto aos atributos paralinguísticos, é comum observar mudanças na prosódia nas interações entre pessoas idosas e jovens adultos, conforme apontado por Pinazo-Hernandis (2013), o que pode resultar no surgimento do *elderspeak*. “Um registro agudo pode ser adotado, o volume vocal pode ser inapropriadamente alto e a fala pode ser super-articulada (...). Os padrões de entoação (melodia e o ritmo) das expressões são frequentemente exagerados” (Shaw & Gordon, 2021, p.7).

De acordo com estudos conduzidos por Ryan et al. (1991, cit in Shawn e Gordon, 2013), jovens adultos foram avaliados, por falarem num tom mais alto e por adotarem uma entonação mais infantil ao conversar com os seus avós em comparação com os seus pais. Essas pesquisas também concluíram que a comunicação paternalista tende a ser percebida como mais estridente, aguda e exagerada em comparação com a comunicação não paternalista, conforme indicado por Pinazo-Hernandis (2013).

No que se refere aos atributos não verbais, é importante observar que há escassez de pesquisas sobre os aspetos não verbais das interações com pessoas idosas. No entanto, algumas pesquisas realizadas permitiram chegar a conclusões significativas. Por exemplo, comportamentos classificados como paternalistas estão associados a gestos não verbais negativos, como revirar os olhos, balançar a cabeça, cruzar os braços e permanecer numa posição superior em relação à pessoa idosa. Por outro lado, comportamentos classificados como neutros são associados a características não verbais positivas, como manter contato visual, sorrir e abaixar-se para ficar ao nível do adulto mais velho, conforme destacado por Shawn e Gordon (2013).

O *elderspeak* é resultado de uma interação entre dois participantes, conforme especificado pelos autores Shaw e Gordon (2021), que descrevem as características de cada um desses participantes: a pessoa idosa, identificada como o receptor, e o colaborador, identificado como o comunicador.

No que diz respeito ao receptor, conforme apontado por Shaw e Gordon (2021), o *elderspeak* ocorre com maior frequência quando além dos sinais de envelhecimento, há a percepção de que a pessoa idosa enfrenta comprometimento cognitivo e/ou funcional. É mais provável que o *elderspeak* seja utilizado em interações com pessoas idosas que estejam em condições de fragilidade, com limitações cognitivas, dependência funcional ou sejam consideradas "menos competentes", em comparação com pessoas idosas saudáveis. Notou-se que a comunicação infantilizada é mais prevalente em interações com pessoas idosas que apresentam deficiências funcionais e cognitivas mais pronunciadas.

No que se refere ao comunicador, conforme apontado por Shaw e Gordon (2021), os papéis de idade e gênero do colaborador também exercem influência na ocorrência do *elderspeak*. Estudos indicam que a linguagem utilizada pelos colaboradores pode não estar fortemente ligada ao gênero do próprio colaborador, embora uma pesquisa em lares de idosos na Alemanha tenha observado que o *elderspeak* era mais frequentemente utilizado por colaboradoras do sexo feminino. Por outro lado, uma pesquisa diferente com colaboradores alemães revelou que os homens tendem a recorrer mais ao *elderspeak* em interações com pessoas idosas que apresentam deficiências cognitivas, enquanto as mulheres utilizam o *elderspeak* igualmente, independentemente de haver comprometimento cognitivo ou não nas pessoas idosas.

Os autores concluíram que o *elderspeak* surge porque os cuidadores assumem um papel semelhante paternalista em relação aos residentes, como descrito por Sachweh (1998, cit in Shaw & Gordon, 2021).

Na nossa investigação partimos do pressuposto de que as características da comunicação utilizada pelos/as colaboradores/as de pessoas idosas são influenciadas não apenas pelas condições físicas e cognitivas dessas pessoas, mas também pelo grau de idadismo dos/as colaboradores/as. Estes pressupostos, fundados na revisão da literatura e em convicções relacionadas com os trajetos por nós traçados profissionalmente,

orientaram a formulação de um modelo de análise (Cf. Figura 1 do tópico Materias e Métodos).

MATERIAIS E MÉTODOS

Segundo Quivy e Champenhoudt (2008), é fundamental que o pesquisador seja capaz de desenvolver uma abordagem de pesquisa que não seja apenas uma coleção de técnicas independentes, mas sim uma estratégia que permita elucidar a realidade e seguir um método de trabalho coeso, em vez de simplesmente aplicar técnicas isoladas. Para que tal seja possível é necessário ter clara noção da realidade social em que a questão a abordar está inserida. Só após a concretização desta primeira análise será possível, de forma eficaz, adequar a intervenção profissional à resolução do fenómeno/questão/problema social ao qual se pretende dar uma resposta. Um enquadramento inicial realizado de forma pormenorizada, com clareza e realista é essencial para que se possa estudar e efetuar a melhor resposta do projeto em causa.

A presente investigação tem por base um estudo de abordagem descritiva, de tipologia mista, apropriando-se de preceitos quantitativos e qualitativos. Numa primeira fase será utilizada uma metodologia de cariz quantitativo, através de administração de escalas, com o objetivo de avaliar o nível de idadismo das/os colaboradoras/es e o nível de funcionalidade (física e cognitiva) das pessoas idosas. Numa segunda fase a metodologia será qualitativa, utilizando-se a técnica de observação *in loco* de um contexto institucional. A observação recaiu nas pessoas idosas e nas/os cuidares formais, na resposta social de Centro de Dia.

O modelo de análise que orientou a nossa pesquisa, delineando a estrutura e as diretrizes utilizadas para examinar e interpretar os dados, encontra-se e representado na figura 1 que encapsula visualmente as principais componentes e relações essenciais do modelo, fornecendo uma visão abrangente da estrutura analítica adotada na nossa pesquisa.

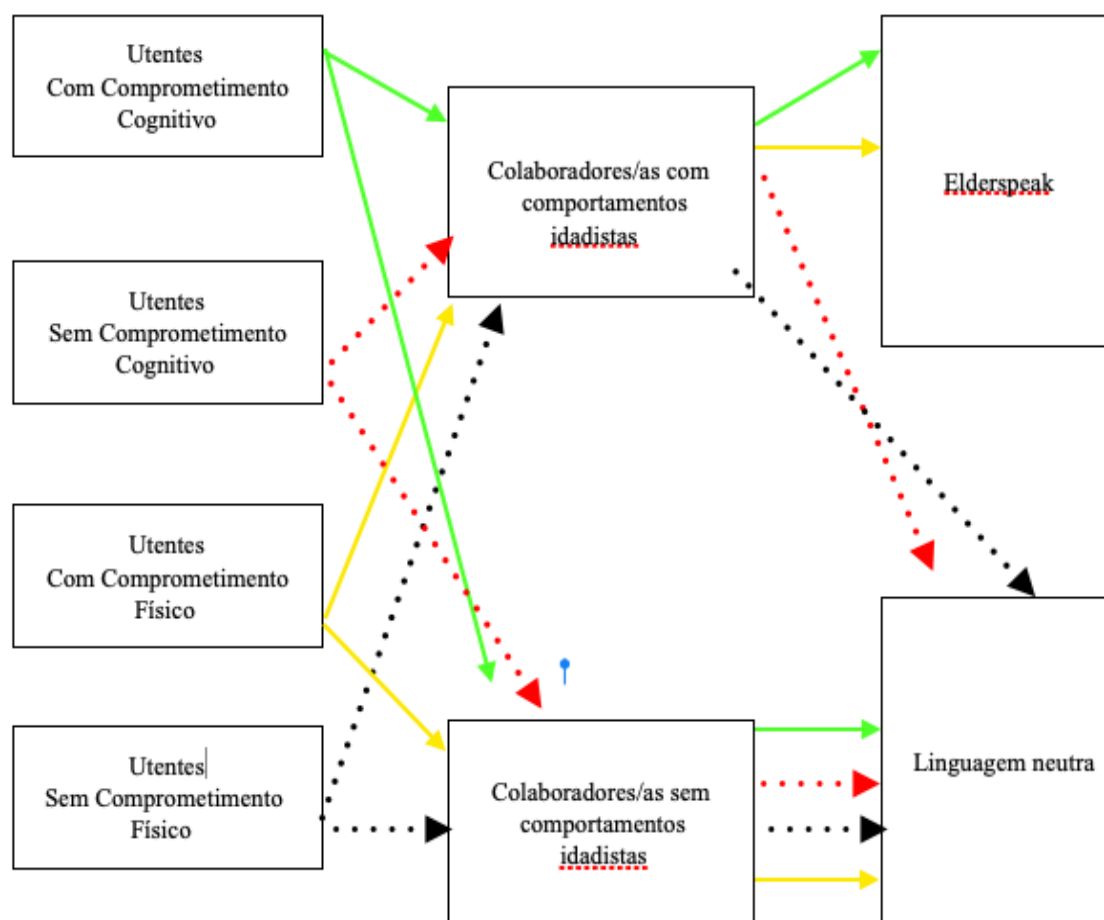


Figura 1

Modelo de Análise

Da interação entre as variáveis representadas no modelo de análise decorre o estabelecimento de um conjunto de proposições para a presente investigação, em forma de hipóteses.

Hipótese 1: Pontuações elevadas extremas na Escala de Idadismo Ambivalente por parte do/a colaborador/a estão positivamente relacionadas com a utilização de comunicação inadequada em relação às pessoas idosas com comprometimento físico e cognitivo.

Hipótese 2: A comunicação utilizada pelo/a colaborador/a da pessoa idosa varia de acordo com o grau de comprometimento físico (mobilidade) da pessoa idosa, sendo mais afetada quando o comprometimento é mais severo.

Hipótese 3: A comunicação utilizada pelo/a colaborador/a da pessoa idosa varia de acordo com o grau de comprometimento cognitivo da pessoa idosa, sendo mais afetada quando o comprometimento cognitivo é mais pronunciado.

Participantes

Os/As participantes do estudo são todos/as os/as utentes que frequentam a resposta social Centro de Dia, independentemente, do estado cognitivo e físico. Além dos/as utentes o estudo conta com 23 colaboradoras/es que desempenham funções na resposta social Centro de Dia. A opção pelo Centro de Dia prende-se com o facto de ser uma resposta social com pouco reporte ao nível da pesquisa académica. O Centro de Dia selecionado, por conveniência, é frequentado, atualmente, por 35 indivíduos sendo que apenas 23 concordaram com a participação no estudo. O estudo abrangeu, um total, de 46 indivíduos.

Na tabela 3 verificamos que os/as colaboradores/as são, maioritariamente, do sexo feminino (95,7%) com uma média de idades de 46 anos. Relativamente ao estado civil a maioria dos participantes é casada (52,2%), ou vivem em união de facto. No que concerne ao nível de escolaridade a maioria, 39,1%, tem o ensino secundário. Relativamente à categoria profissional 65,2% dos inquiridos são Ajudantes de Ação direta e trabalham à menos de um ano na Instituição.

Tabela 3

Caracterização Sociodemográfica dos/as Colaboradores/as (N = 23)

		<i>n</i>	%
Sexo	Masculino	1	4.3%
	Feminino	22	95,7%
Idade	$M = 46.83; DP = 10.16$		
Estado civil	Solteiro/a	3	13,0%

		<i>n</i>	%
	Casado/a	12	52,2%
	Divorciado/a	3	13,0%
	União de facto	3	13,0%
	Viúvo/a	2	8,7%
Habilitações Literárias	Ensino Básico ou inferior	2	8,6%
	1.º Ciclo	4	17,4%
	2.º Ciclo	7	30,4%
	Secundário	9	39,1%
	Licenciatura	1	4,3%
Categoria Profissional	Ajudante de Ação Direta	15	65,2%
	Animador/a Sociocultural	2	8,7%
	Auxiliar de Serviços Gerais	6	26,1%
Tempo	> 1 ano	5	21,73%
	1- 5 anos	2	8,70%
	5 - 10 anos	6	26,09%
	< 10 anos	10	43,48%

Nota: *M* = Média; *DP* = Desvio-padrão; *n* = número de sujeitos.

Na tabela 4 verificamos que o sexo feminino (73,9%), prevalece sobre o sexo masculino. A média das idades é de 79 anos e 100% vive em meio rural. Relativamente ao estado civil a maioria dos participantes são viúvos (65,2 %), 78,3% afirma que permaneceu na escola entre 1-4 anos. Relativamente ao rendimento do agregado familiar 56,5% dos/as inquiridos/as afirmam que sobra algum dinheiro após realizar as suas

despesas encontrando-se reformado (82,6%). A grande maioria vive sozinho/a (52,1%).

Tabela 4

Caracterização Sociodemográfica dos/as Utentes (N = 23)

		<i>n</i>	%
Sexo	Masculino	6	26,1%
	Feminino	17	73,9%
Idade	(<i>M</i> = 79,48 ; <i>DP</i> = 9,15)		
Área de residência	Rural	23	100%
	Urbana	0	0%
Estado civil	Solteiro/a	5	21,7%
	Casado/a	3	13,0%
	Viúvo/a	15	65,2%
Anos de Educação formal	Não tem	3	13,0%
	1-4	18	78,3%
	Mais de 11 anos	2	8,7%
Rendimento do agregado familiar	À justa para as necessidades	10	43,5%
	Sobra algum dinheiro	13	56,5%
Situação profissional	Pensionista	4	17,4%
	Reformada/o	19	82,6%
Com quem vive	Com esposa/o	3	12,9%
	Com filha/o	5	21,6%
	Com irmã/o	1	4,3%
	Com mãe/pai	1	4,3%
	Sozinha/o	12	52,1%
	Com conhecidos	1	4,3%

Nota. *M* = Média; *DP* = Desvio-Padrão; *n* = número de sujeitos.

Instrumentos

Questionário Sociodemográfico

Na caracterização sociodemográfica dos/as utentes do Centro de Dia foi utilizada a informação pessoal do EASY-Care Standard 2010 (Sistema de Avaliação de Pessoas Idosas), traduzido para português por Sousa e Figueiredo (Sousa, et al, 2000). Trata-se de uma escala que avalia a qualidade de vida e bem-estar da população idosa. Esta escala multidimensional, foi construída a partir de diversos instrumentos unidimensionais. Acumula numa só escala itens relativos às várias dimensões de qualidade de vida e bem-estar da pessoa idosa (Sousa, et. al, 2003).

Na caraterização sociodemográfica e profissional foi utilizado um questionário construído por nós.

Avaliação da mobilidade

Na avaliação da mobilidade dos/as utentes do Centro de Dia foi utilizada a secção Mobilidade da EASY-Care Standard 2010 (Sistema de Avaliação de Pessoas Idosas). O EASYcare é um instrumento de avaliação multidimensional dirigido às pessoas idosas, capaz de fornecer um perfil de necessidades e prioridades de cuidados. Este recurso está disponível em toda a Europa (Sousa & Figueiredo, 2002; Sousa, Galante & Figueiredo, 2003). A referida secção da escala tem como objetivo avaliar a mobilidade e a capacidade dos/as inquiridos/as realizarem tarefas relacionadas com a sua locomoção e atividades quotidianas. Cada pergunta visa aferir o grau de independência em relação a diferentes aspectos de mobilidade e acessibilidade. Os/as inquiridos/as devem selecionar a opção que melhor reflete a sua situação atual em cada um dos oito itens. Como exemplo de um dos itens apresentamos o seguinte: “Consegue subir e descer escadas? “Sem ajuda (podendo usar qualquer ajuda técnica de auxílio à marcha); Com alguma ajuda; Ou não consegue subir e descer a escada?”.

Avaliação cognitiva

Na avaliação do comprometimento cognitivo foram utilizados dois instrumentos. O primeiro foi o Mini-Addenbrooke's Cognitive Examination (MACE), uma versão mais curta do ACE-III. Trata-se de um instrumento, de avaliação neuropsicológica, rápido e de fácil aplicação e cotação, desenvolvido por Hsieh em 2013 e validado para a população portuguesa institucionalizada por Grasina et al. (2023). Avalia cinco dimensões cognitivas (atenção, memória, fluência verbal, linguagem e capacidade visuoespacial) de forma a permitir a obtenção de uma visão geral acerca do funcionamento neurocognitivo do indivíduo (Hsieh et al., 2013). As questões preliminares do *Older Americans Resources and Services* (OARS) — *Multidimensional Functional Assessment Questionnaire*, foram igualmente utilizadas. O OARS foi desenvolvido por Fillenbaun e Smyer em 1981 e validado para português por Ferreira e Rodrigues em 1999, titulado de Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional para idosos (Fonseca & Medeiros, 2019). O OARS apresenta-se dividido em duas partes: uma que permite a avaliação funcional multidimensional (recursos sociais e económicos, saúde mental e física, atividades da vida diária) e uma segunda parte que avalia a utilização e necessidade percebida de serviços. Para o presente estudo foi apenas utilizado as questões preliminares da escala.

Avaliação do Idadismo

Na avaliação do idadismo das/os colaboradoras/es foi aplicada Ambivalent Ageism Scale em versão portuguesa, a Escala Ambivalente de Idadismo (Cary, Chasteen & Remedios, 2017). A Escala Ambivalente de Idadismo (Cary, Chasteen & Remedios, 2017) é composta por 13 itens pontuados em uma escala de sete pontos, variando de (1) "Discordo Totalmente" a (7) "Concordo Totalmente". O desenvolvimento desta escala envolveu quatro fases distintas. Na Etapa 1, foi realizado o mapeamento resultando em uma versão inicial composta por 41 itens. Nas Etapas 2 e 3, a medida foi refinada mediante a seleção de 21 itens. A Etapa 4 culminou na versão final da escala, composta por 13 itens, após a realização de análises fatoriais exploratórias para a eliminação de

itens redundantes. A Escala Ambivalente de Idadismo, na versão de Barroso e Daniel (2013) demonstrou uma adequada fidedignidade teste-reteste, alcançando um coeficiente de correlação (r) de 0,80, e uma consistência interna robusta, com um coeficiente alfa (α) de 0,91, conforme indicado pelos criadores da escala. Em nosso estudo, o valor do coeficiente alfa foi de 0.77, sugerindo uma consistência aceitável dos itens da escala em nosso contexto específico.

Análise dos dados

A análise dos dados foi realizada em duas fases: a primeira consistiu na inserção e processamento dos dados no programa de análise estatística SPSS. Na segunda fase, realizou-se a observação e gravação *in loco* das interações dos/as colaboradores/as com as pessoas idosas que frequentam o Centro de Dia.

No programa de análise estatística de dados SPSS (*Statistical Package for Social Science*), versão 29.0, foram realizadas as análises descritivas dos dados, incluindo frequências, médias e desvios-padrão das variáveis quantitativas. Além disso, foram calculadas, após avaliação da normalidade pelos testes de Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk, os pontos de corte das pontuações do Mini ACE, da componente mobilidade do Easy-Care Standard e da escala de Idadismo Ambivalente.

Após observação/gravação *in loco* das falas entre colaborador/a e utentes estas foram transcritas para documento Word. Identificámos os/as utentes presentes na gravação e registámos as suas falas e os/as colaboradoras/es.

Procedimentos

A realização deste estudo iniciou-se com a submissão do formulário do pedido de apreciação do nosso projeto à Comissão de Ética do Instituto Superior Miguel Torga.

Aquando da aplicação do protocolo em formato de papel, a investigadora explicou o teor e objetivo do estudo solicitando a assinatura de consentimento informado o tanto às pessoas idosas como as/os colaboradores.

Aos/Às utentes que demonstraram incapacidade cognitiva para assinar o consentimento foi solicitado às suas famílias a assinatura do mesmo. A forma de preenchimento das escalas foi auto-administrado (colaboradores/as), assistido e administrado (utentes cognitivamente comprometidos ou analfabetos/as).

No que concerne à observação e audição, a investigadora comprometeu-se a utilizar as informações, exclusivamente, para o propósito da pesquisa, assegurando que todos os registos contidos nos materiais de recolha de dados, como o diário de campo e o gravador, seriam apagados após a conclusão da sua Dissertação de Mestrado. Durante o processo de recolha de dados, foi dedicada especial atenção à proteção da privacidade e do anonimato dos indivíduos envolvidos, bem como à confidencialidade das informações fornecidas e obtidas.

RESULTADOS

Na tabela 5 são apresentados os grupos extremos calculados a partir das pontuações obtidas pelas/os colaboradoras/es, na Escala de Idadismo Ambivalente (Cary, Chasteen & Remedios, 2017). Previamente verificámos a normalidade da distribuição através do teste Kolmogorov-Smirnov, o qual indicou que a distribuição é normal ($p = 0,200$). Assim procedemos ao cálculo da média e o desvio-padrão e com base nesses dados adicionamos e subtraímos $0,25DP$ à média para fins de análise estatística.

Das/os 23 colaboradoras/es, 52% (12) apresentam pontuações situadas no extremo inferior (menos idadistas) e 39% (9) com pontuações situadas no extremo superior (mais idadistas).

Tabela 5

Pontuações Obtidas na Escala de Idadismo Ambivalente, através do Método dos "Grupos Extremos"

	<= 55	56 - 61	62+
LCCM	0	0	1
LP	0	0	1
AMJF	0	0	1
RMSCG	0	0	1
RFJ	0	0	1
VLJCF	0	0	1
APSF	0	0	1
LMJA	0	0	1
MCS	0	0	1

	<= 55	56 - 61	62+
FMPSR	0	1	0
SCMC	0	1	0
FECMFP	1	0	0
LF	1	0	0
LSC	1	0	0
SSS	1	0	0
BVCS	1	0	0
MLMS	1	0	0
RPMO	1	0	0
AMFSM	1	0	0
MCM	1	0	0
CIDF	1	0	0
MAPC	1	0	0
AMSP	1	0	0
	12	2	9
Mín.	Máx.	M	DP
33	89	58,91	13,93

Na tabela 6 podemos observar as pontuações do *Mini-Addenbrooke's Cognitive Examination* segundo o ponto de corte 17 (Grasina et al., 2023) e as questões preliminares do OARS segundo o ponto de corte 4 (menos de 3 perguntas certas).

Tabela 6

Pontuações obtidas no Mini-Addenbrooke's Cognitive Examination e nas questões preliminares do OARS

	<= 16	17+	<= 3	4+	Avaliação
CPP	1	0	0	1	G2
CIR	0	1	0	1	G3
CMSS	1	0	0	1	G1
DL	1	0	0	1	G1
DACT	1	0	0	1	G1
FCML	1	0	1	0	G1
FHC	1	0	0	1	G1
IPE	1	0	1	0	G1
MAFT	1	0	0	1	G1
MCCF	1	0	0	1	G1
MAJG	1	0	0	1	G1
MAMO	1	0	0	1	G1
MCJ	1	0	0	1	G1
MAEM	1	0	0	1	G1
MMLS	1	0	1	0	G1
MSJR	0	1	0	1	G3
MVC	1	0	1	0	G1
NSR	1	0	1	0	G1
NJA	1	0	0	1	G1

	<= 16	17+	<= 3	4+	Avaliação
ORB	1	0	1	0	G1
OCRA	1	0	0	1	G1
SJ	1	0	1	0	G1
TPJ	1	0	0	1	G1

Nota. Grupo 1 = grupo com pontuação inferior a 17 e com menos de 3 respostas certas nas questões preliminares; Grupo 2 = grupo com pontuações inferiores a 17 e com mais de 3 respostas certas nas questões preliminares; Grupo 3 = grupo com pontuações superiores a 17 e com mais de 3 respostas certas nas questões preliminares

Na tabela 7 são apresentados os grupos extremos calculados a partir das pontuações das pessoas idosas, na dimensão Mobilidade *Easy-Care Standard* Mobilidade. Previamente verificámos a normalidade da distribuição através do teste Kolmogorov-Smirnov, o qual indicou que a distribuição é normal ($p = 0,200$). Assim procedemos ao cálculo da média e o desvio-padrão e com base nesses dados adicionamos e subtraímos $0,25DP$ à média para fins de análise estatística.

Tabela 7

Pontuações obtidas após ponte corte no Easy-Care Standard Mobilidade

	≤ 5	]5 - 7[	≥ 7	Avaliação
MSJR	1	0	0	G1
MCJ	0	1	0	G2
TPJ	0	1	0	G2
CMSS	0	0	1	G3
MAJG	1	0	0	G2
MVC	1	0	0	G1
MMLS	0	0	1	G3

	≤5	]5 - 7[	≥7	Avaliação
DL	1	0	0	G1
MAMO	1	0	0	G1
NSR	0	0	1	G3
MAFT	0	0	1	G3
CPP	0	0	1	G3
FCML	0	0	1	G3
NJA	0	0	1	G3
DACT	0	0	1	G3
MAEM	0	0	1	G3
FHC	1	0	0	G1
ORB	1	0	0	G1
OCRA	1	0	0	G1
CIR	1	0	0	G1
MCCF	0	0	1	G3
SJ	0	0	1	G3
IPE	0	1	0	G2

Nota. Grupo 1 = grupo com pontuações inferiores a 5, apresentando menor comprometimento físico; Grupo 2 = grupo com pontuações entre 5 e 7, apresentando comprometimento físico moderado; Grupo 3 = grupo com pontuações superiores 7, apresentando elevado grau de comprometimento físico

Com base nos resultados obtidos na tabela 5, 6, 7 construímos três novas tabelas (tabela 8, 9 e 10). A Tabela 8 apresenta a frequência de uso de diferentes tipos de linguagem (Elderspeak, Linguagem neutra e uma combinação de ambos) por colaboradoras/es, com base nas suas pontuações variadas na Escala de Idadismo Ambivalente, quando os utentes não apresentam comprometimento físico e cognitivo.

Tabela 8

Frequência de uso de diferentes tipos de linguagem por colaboradoras/es com base nos resultados da Escala de Idadismo Ambivalente, com utentes sem comprometimento

Utentes sem comprometimento físico (mobilidade) e sem comprometimento cognitivo	Elderspeak	Linguagem neutra	Elderspeak e Linguagem neutra
Colaboradoras/es com pontuações no extremo inferior*	<i>n</i> = 3; 25%	<i>n</i> = 7; 58,33%	<i>n</i> = 2; 16,67%
Colaboradoras/es com pontuações medianas*	<i>n</i> = 1; 50%	<i>n</i> = 1; 50%	<i>n</i> = 0
Colaboradoras/es com pontuações no extremo superior*	<i>n</i> = 5; 66,67%	<i>n</i> = 3; 25%	<i>n</i> = 1; 8,33%

Nota. *Pontuações na Escala de Idadismo Ambivalente

Na observação da comunicação entre utentes que não apresentam pontuações sugestivas de comprometimento cognitivo e físico (mobilidade) as falas das/os colaboradoras/as distinguem-se tendo em conta o grau de idadismo.

As/Os colaboradoras menos idadistas dirigem-se aos utentes utilizando a palavra “Sr.” Ou “Dona” antes do nome do/a utente, como por exemplo: “ Sr. Cristiano, quer sopa?”, “Quantas salsichas quer, o Sr. Cristiano?”, “ Dona "Sara", deixe estar os pratos que eu recolho, não se preocupe”.

Quanto às/aos colaboradoras/es com pontuações medianas na escala de Idadismo Ambivalente, observámos que estas/es também se dirigem aos utentes utilizando “Sr.” ou “Dona” seguidos do nome mas acrescentam termos inadequados de carinho e afirmações induzidas, como por exemplo: “Já acabou de comer a sopa, não já, Dona Sofia?”, “Sr. Cipriano, meu querido, a sua medicação, está aqui”, “Solene, olhe aqui a sua medicação.”

Por fim as/os colaboradoras/es com pontuações mais elevadas na escala de Idadismo Ambivalente dirigem-se aos/às utentes utilizando apenas o nome seguido de termos inadequados de carinho, frases imperativas, afirmações com negociação e o utente é tratada/o pela primeira pessoa do singular gramatical (“tu”), como por exemplo: “Cesár

não podes ir para aí”, “Minha querida, quer comer um pouquinho de sopa”, “Vá vamos comer, um pedacinho, ande tem de comer”, “Dona Isabel, tem de ter calma”, “Quer o segundo prato? Está bem, já vem, mas tem de comer a sopa”.

A tabela 9 apresenta a frequência de uso de diferentes tipos de linguagem (Elderspeak, Linguagem neutra e uma combinação de ambos) por colaboradoras/es, com base nas suas pontuações variadas na Escala de Idadismo Ambivalente, quando os utentes apresentam apenas comprometimento cognitivo.

Tabela 9

Frequência de uso de diferentes tipos de linguagem por colaboradoras/es com base nos resultados da Escala de Idadismo Ambivalente, com utentes, apenas, comprometidos cognitivamente

Utentes com comprometimento cognitivo sem comprometimento físico (mobilidade)	Elderspeak	Linguagem neutra	Elderspeak e Linguagem neutra
Colaboradoras/es com pontuações no extremo inferior*	$n = 0$	$n = 0$	$n = 12$; 100%
Colaboradoras/es com pontuações medianas*	$n = 0$	$n = 0$	$n = 2$; 100%
Colaboradoras/es com pontuações no extremo superior*	$n = 0$	$n = 0$	$n = 9$; 100%

Nota. *Pontuações na Escala de Idadismo Ambivalente

Na observação dos/os utentes que apresentam pontuações sugestivas de comprometimento cognitivo, mas sem pontuações sugestivas de comprometimento físico (mobilidade) as falas das colaboradoras apresentam similitudes no seu discurso, tendo em conta o grau de idadismo.

As/Os colaboradoras/es, independentemente, do seu grau de idadismo, apresentam um discurso paternalista ou por linguagem neutra, na inter-relação com as pessoas idosas que apresentam comprometimento cognitivo. Existem colaboradoras/es que utilizam, a segunda pessoa do singular, termos inadequados de carinho, o nome

próprio sem anteceder o Sr./Dona e afirmações induzidas, diminutivos, o coletivo em substituição ao singular, como por exemplo: “Vamos comer o pãozinho”, “A medicação é esta!, Dona Olga, é para tomar”, “Flávia, olhe aqui o seu remédio”, “Bom dia, está tudo bem, minha querida?”, “Só vais comer meio pão, não é?”, “Felismina coma o pão, ande querida”. Enquanto outras/os colaboradoras/es utilizam o pronome singular, quando se dirigem aos/às utentes e utilizam a palavra Sr./Dona antes do nome próprio, como por exemplo: “Sr. Cláudio, olhe a medicação”, “Sr. Marcos”, está aqui a sua medicação”, “Bom dia Dona Olívia, dormiu bem?”, “Dona Simone quer pão? E com quê”.

A tabela 10 apresenta a frequência de uso de diferentes tipos de linguagem (Elderspeak, Linguagem neutra e uma combinação de ambos) por colaboradoras/es, com base nas suas pontuações variadas na Escala de Idadismo Ambivalente, quando os utentes apresentam comprometimento cognitivo e físico.

Tabela 10

Frequência de uso de diferentes tipos de linguagem por colaboradoras/es com base nos resultados da Escala de Idadismo Ambivalente, com utentes comprometidos fisicamente e cognitivamente

Utentes com comprometimento cognitivo e com comprometimento físico (mobilidade)	Elderspeak	Linguagem neutra	Elderspeak e Linguagem neutra
Colaboradoras/es com pontuações no extremo inferior*	$n = 10$; 83,34%	$n = 1$; 8,33%	$n = 1$; 8,33%
Colaboradoras/es com pontuações medianas*	$n = 2$; 100%	$n = 0$	$n = 0$
Colaboradoras/es com pontuações no extremo superior*	$n = 8$; 88,89	$n = 0$	$n = 1$; 11,11%

Nota. *Pontuações na Escala de Idadismo Ambivalente

Na observação dos/as utentes que apresentam pontuações sugestivas de comprometimento cognitivo e de comprometimento físico (mobilidade) as falas das/os colaboradoras/es apresentam similitude no seu discurso tendo em conta o grau de

idadismo. Todas/os as/os colaboradoras/es independentemente, do seu grau de idadismo apresentam um discurso paternalista.

As/os colaboradoras/es dirigem-se aos/às utentes utilizando apenas o nome próprio tratando-as/os na primeira pessoa do singular, diminutivos, termos inadequados de carinho, pronomes coletivos em substituição de pronomes singulares, discurso diretivo na forma de frases imperativas, perguntas anexadas a afirmações e afirmações com negociações, como por exemplo: "Antónia, tem de ter calma, por favor, está no refeitório com outros utentes.", "Bebe o resto que depois trazem mais água", "Oh querida, querida, quer salsicha?" "É, Salete vamos comer, amiguinha", "Não amiga, não querida", "Amor então é para comer", "Já dou a fruta amor, já dou", "amor, vamos comer que a sopa tá tão boa, vá lá", "A comidinha, está boa, não está? Vamos comer tudo", "Quer água, só um bocadinho, está bem?", "Vá lá, vá lá, muito bem, Amandinha", "Oh Mateus aonde é que tu vais?", "Queres um café ou um chá", "Bom dia, meu amor, dormiste bem?", "Queres batata e salsicha, não queres?", "Aninha, não é leite, é sopinha, amor", "Oh Aurorinha", "Calma amiguinha, calma", "vá "Martinha, vamos lá comer a frutinha", "Vamos papar", "vamos comer a sopinha Filipinha", "Filomenazinha, tem de comer a sopa se não, vou-lhe dar na boca", "Tâniazinha, já comeu, amor?" " Não Ti Sílvia", aí não é o teu lugar, amiga", ""Isabel" e "Aida", já comeram, venham", "Vamos comer o lancinho, vá".

DISCUSSÃO

Os/As colaboradores/as apresentam uma distribuição desigual quanto ao sexo com um predomínio do sexo feminino. Esta desigual proporção está relacionada com o facto de o setor social ser socialmente visto como uma extensão das tarefas femininas realizadas dentro da esfera doméstica/familiar, uma vez que, mobilizam competências vistas como naturais do género feminino e que costumam estar associadas às funções do cuidar (Macedo & Santos, 2009).

A maioria dos/as colaboradores/as possui o 12.º ano de escolaridade, o que está em linha com o nível de escolaridade da população em Portugal. Em relação às categorias profissionais, a maioria dos/as participantes desempenha funções como Ajudante de Ação Direta. Estes resultados eram previsíveis, considerando as diretrizes estabelecidas para estas respostas sociais que estabelece que os Ajudantes de Ação Direta, deverão ser maioritários dentro do quadro de pessoal (Bonfim & Veiga, 1996). No que diz respeito ao tempo de serviço na instituição, a maioria dos indivíduos da nossa amostra trabalha há mais de 10 anos. No entanto, é importante mencionar que uma parcela ainda considerável, embora com uma permanência no trabalho relativamente curta, é inferior a 1 ano. Esta realidade pode-se explicar, do nosso ponto de vista, devido às condições de trabalho “oferecidas” a esta categoria profissional (como a remuneração baixa, a jornadas de trabalho por turnos, inclusive aos fins de semana). Esses fatores podem desencorajar os/as colaboradores/as a considerar esses empregos como uma opção viável.

No que se refere aos/às utentes da instituição verificámos uma distribuição desigual quanto ao sexo, com predomínio para o sexo feminino. Este desequilíbrio está relacionado com os efeitos da sobremortalidade masculina (Daniel, 2011). A amostra analisada vive no meio rural. Esta realidade era expectável por nós, sendo também sustentada pelo UNECE (2017, p.1), que afirma que “áreas rurais e remotas (...) experimentam um envelhecimento populacional mais pronunciado do que as áreas urbanas e, posteriormente, têm uma maior proporção de residentes mais velhos.”

Considerando a distribuição por estado civil verificamos que a maioria da amostra é viúva. A viuvez, é a principal causa para a vida a sós. Este resultado era também por nós expectável.

Em Portugal, segundo os dados da Pordata (2017), 47% da população portuguesa tem o ensino primário. Estes resultados vão ao encontro da nossa amostra que apresenta maioritariamente o 1.º ciclo. Recordemos que grande parte dos/as inquiridos/as tem idade avançada e é nessas idades que o nível de escolaridade é mais baixo. Na nossa amostra encontrámos uma percentagem ainda elevada de utentes sem qualquer escolaridade.

A maioria dos/as indivíduos/as afirma que sobra algum dinheiro, após as suas despesas mensais. Estes resultados não eram por nós esperados já que as pessoas idosas são o grupo da população que registam as maiores taxas de pobreza, muito derivado às reformas que recebem (Branco & Gonçalves, 2001).

Relativamente à escala Idadismo Ambivalente administrada à amostra dos/as colaboradores/as, foi possível concluir que dos/as 23 colaboradores/as a média da pontuação ficou acima do ponto médio da escala, que era de 52 pontos (com base em 13 itens pontuados de 0 a 4). Consideramos pertinente referir que os/as colaboradores/as não tinham conhecimento sobre o significado de idadismo.

As pessoas idosas apresentavam, segundo os pontos de corte, pontuações sugestivas de comprometimento cognitivo. Apenas duas pessoas idosas não se encontram cognitivamente comprometidos/as (pontuação acima dos 17 pontos no M-Ace e com mais de 3 respostas certas nas questões preliminares). No que concerne ao comprometimento físico (mobilidade), os resultados não diferem dos obtidos na análise do comprometimento cognitivo. No entanto, o número de utentes sem comprometimento físico é maior do que o dos/as utentes com comprometimento cognitivo. Estes resultados não eram por nós expectáveis, tendo em conta, que a resposta social analisada, Centro de Dia, é uma resposta de apoio geralmente destinada a indivíduos com capacidades cognitivas preservadas.

As falas recolhidas *in loco* testemunham o uso de linguagem infantilizada. Comprovou-se que os/as utentes com maior comprometimento cognitivo e físico (mobilidade), são as principais “vítimas” da linguagem infantilizada dirigida pelos/as colaboradores/as com maior grau idadista. Estes resultados alinham-se com os de Shawn e Gordon (2021) quando afirmam que a linguagem paternalista, ocorre com maior frequência quando além dos sinais de envelhecimento, há a percepção de que a pessoa idosa enfrenta comprometimento cognitivo e/ou funcional.

Contudo, constatámos que não são apenas os/as colaboradores/as com maior grau de idadismo que se dirigem aos/às utentes com falas infantilizadas. Ou seja, colaboradores/as com menor grau de idadismo, também utilizam a fala infantilizada quando comunicam com utentes com comprometimento cognitivo e mobilidade reduzida. Por outro dado concluímos com a nossa investigação que todos os utentes que apresentaram apenas comprometimento físico ou comprometimento cognitivo foram, também, alvos da linguagem infantilizada, pelos/as colaboradores/as. Estes resultados não eram expectáveis porque considerávamos que à medida que o grau de idadismo dos/as colaboradores/as fosse menor, o uso da fala infantilizada não fosse tão proeminente, como comprovado na investigação.

Esperávamos que os/as utentes com comprometimento físico (mobilidade), mas sem comprometimento cognitivo, não fossem alvo de uma linguagem infantilizada, o que foi contradito pelas evidências da pesquisa.

A investigação comprovou que apenas os/as utentes que não apresentam nenhum tipo de comprometimento, não são alvo de fala infantilizada.

Quanto às hipóteses, observou-se que somente a H1 foi confirmada. As outras duas hipóteses, inicialmente propostas, não se confirmaram na sua totalidade. Isso ocorreu porque a comunicação infantilizada não ocorreu apenas nos utentes com maior comprometimento físico/mobilidade e cognitivo, mas sim em todos aqueles que apresentavam um tipo de comprometimento.

Um resultado relevante da nossa pesquisa denota que as mulheres são mais frequentemente alvo de fala infantilizada em comparação com os homens. Esse comportamento sugere que, à medida que envelhecem, as disparidades de tratamento baseado no género se tornam mais evidentes, resultando em subestimação e desvalorização. Isso aponta para a possibilidade de que a prevalência da fala infantilizada entre as mulheres reflete percepções sociais mais abrangentes que tendem a diminuir sua voz, especialmente com o avançar da idade (Diehl, et.al., 2023).

CONCLUSÃO

Em síntese, este estudo destaca várias vertentes das dinâmicas presentes num contexto institucional para a população idosa. A desigualdade de género entre os/as colaboradores e

diferenças na permanência no emprego. A administração da Escala de Idadismo Ambivalente destaca a presença generalizada de atitudes ambivalentes em relação à idade entre os colaboradores, com a linguagem infantilizada sendo uma prática generalizada, especialmente em interações com utilizadores com comprometimento cognitivo e mobilidade reduzida.

Surpreendentemente, a prevalência da fala infantilizada é observada independentemente do grau de idadismo dos/as colaboradores/as, desafiando as expectativas iniciais. Além disso, a análise revela disparidades de género acentuadas, indicando que as mulheres idosas enfrentam uma maior incidência de comunicação infantilizada.

Estes resultados sublinham a importância de medidas corretivas, incluindo sensibilização e formação para os colaboradores, visando reduzir o idadismo e promover uma comunicação respeitosa nos contextos de cuidado institucional para a população idosa. A busca pela equidade e qualidade na interação com as pessoas idosas deve ser uma prioridade contínua, procurando garantir que todos os utilizadores recebam tratamento digno e livre de estereótipos, independentemente da sua condição física, cognitiva ou de género.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- António, S. (2009). *Um mundo grisalho*. In Cadernos de Economia, Ano XXII nº 21-28.
- António, S. (2011). *Sobre Velhice e envelhecimento activo: À medida de prefácio*. In Luís Jacob e Hélder Fernandes (Coord.), *Ideias para um Envelhecimento Activo*. Almeirim: Rutis, 4-10.
- António, S. (2011). *Sobre Velhice e envelhecimento ativo: À medida de prefácio*. In L. Jacob & H. Fernandes (Eds.), *Ideias para um Envelhecimento Ativo* (pp. 4-10). Almeirim: Rutis.
- Ayalon, L., & Tesch-Römer, C. (Eds.). (2018). *Contemporary Perspectives on Ageism. International Perspectives on Aging 19*. Cham, Switzerland: Springer Open, 564 pp. ISBN 978-3-319-73819-2. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-73820-8>
- Azulai, A. (2014). *Ageismo e Correntes Futuras de Idosos: Implicações para o Serviço Social*. *Journal of Social Work Values and Ethics*, vol.11, nº2. Faculdade de Serviço Social da Universidade de Calgary.
- Bonfim, C. J., & Saraiva, M. E. (1996). *Guião Técnico: Centro de Dia. Direção-Geral da ação Social. Núcleo de Documentação Técnica e Divulgação*. https://www.seg-social.pt/documents/10152/13328/Centro_dia/f8de1cb2-a6e8-4137-8a7f-4d76233e58bc/f8de1cb2-a6e8-4137-8a7f-4d76233e58bc
- Branco, R., & Gonçalves, C. (2001). *Exclusão social e pobreza(s) em Portugal: Uma primeira abordagem aos dados do painel dos agregados familiares da união europeia (1994 - 1997)*. Lisboa: INE.
- Butler, R. N. (1969). *Age-Is: Another Form of Bigotry*. *The Gerontologist*, 9, (4), 243-246. https://doi.org/10.1093/geront/9.4_Part_1.243
- Butler, R. N. (2005). *Ageism: Looking back over my shoulder*. *Generations*, 29, (3), 84-86.

- Cabral, M. (2013). *Processos de Envelhecimento em Portugal*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Cardoso, R. (1999). *Apoio a Idosos, uma análise histórica*. Cidade Solidária, Nº 3, Ano II – 2º Semestre. Lisboa: Santa Casa da Misericórdia de Lisboa.
- Carta Social (2020). *Respostas Sociais em Portugal*. <https://www.cartasocial.pt/inicio>
- Carta Social (2023). *Número de respostas Sociais em território nacional*. <https://www.cartasocial.pt/inicio>
- Carvalho, M. I. (2013). *Serviço Social no envelhecimento*. PACTOR.
- Cary, L., Chasteen, A., & Remedios, J. (2017). *The Ambivalent Ageism Scale: Developing and Validating a Scale to Measure Benevolent and Hostile Ageism*. *The Gerontologist*, 2, 27-36. doi: [10.1093/geront/gnw118](https://doi.org/10.1093/geront/gnw118)
- Coelho, C. (2013). *Idades apartadas: pensar o idadismo e a intergeracionalidade*. In Pereira, J. e outros (Coord.) *Animação Sociocultural, Gerontologia e Geriatria, A Intervenção Social, Cultural e Educativa na Terceira Idade*. Intervenção - Associação para a promoção e divulgação cultural.
- Daniel, C. F. (2009). *Profissionalização e Qualificação da Resposta Social “Lar de Idosos” em Portugal*. *Revista Interações: Sociedade E As Novas Modernidades*, Vol.9, nº17 . <https://www.interacoes-ismt.com/index.php/revista/article/view/316>
- Daniel, C. F., Antunes, A., & Amaral, I. (2015). *Representações sociais da velhice*. *Análise Psicológica*, 33, (3), 291-301. <http://publicacoes.ispa.pt/index.php/ap/article/view/972/pdf>
- Daniel, F. (2011). *Sete mulheres para cada homem? Uma análise sobre relações de masculinidade*. *Revista População e Sociedade*, 19, 157-167. https://www.academia.edu/3694669/Daniel_F_2011_Sete_mulheres_para_cada_homem_Uma_análise_sobre_relções_de_masculinidade_Revista_População_e_Sociedade_19_157_167
- Daniel, F. C., Brites, A. P., Monteiro, R., & Vicente, H. T. (2019). *De “lar” abominado a estimado (ou tolerado): Reconfiguração das representações sobre*

institucionalização. Saúde e Sociedade, 28, 214-228.
<https://doi.org/10.1590/s0104-12902019180699>

Daniel, F., Monteiro, R., & Ferreira, J.. (2016). Cartografia da oferta pública e privada de serviços dirigidos à população idosa em Portugal. *Serviço Social & Sociedade*, (126), 235-261. <https://doi.org/10.1590/0101-6628.067>

Diário da República Eletrónico (2023). Estatuto das Instituições Particulares de Solidariedade Social: Decreto-Lei nº111/83. Acedido em:
<https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/decreto-lei/1983-165201113>

Diehl, A., Dzubinski, L. M., & Stephenson, A. L. (2023). Age and Generational Issues: Women in Leadership face *Ageism at Every Age*. Harvard Business Review. <https://hbr.org/2023/06/women-in-leadership-face-ageism-at-every-age>

Eurage (2010). *Idadismo na Europa: Uma abordagem Psicossociológica com o foco no caso Português*. Centro de Investigação e Intervenção Social. Instituto Universitário de Lisboa.

Faria, N. (2023). *Portugal está a envelhecer a um ritmo mais acelerado do que restantes países europeus*. Jornal O Público. <https://www.publico.pt/2023/02/22/sociedade/noticia/populacao-portugal-envelhecer-ue-revela-eurostat-2039817>

Fernandes, A. A. (1997), *Velhice e sociedade: Demografia, Família e Políticas Sociais em Portugal*. Celta Editora.

Ferreira, P. M., Silva, P. A., Jerónimo, P., & Marques, T. (2013). *Processos de Envelhecimento em Portugal*. In Manuel Villaverde Cabral (coord). Fundação Francisco Manuel dos Santos. <https://www.ffms.pt/sites/default/files/2022-08/processos-de-envelhecimento-em-portugal.pdf>

Firmino, H., Simões, M., & Cerejeira, J. (2016). *Saúde Mental das Pessoas mais Velhas*. Lidel – Edições técnicas.

- Fonseca, A., & Medeiros, S. (2019). *Instrumentos de Avaliação da Funcionalidade em Idosos validados para a população Portuguesa*. CIDHUCP- Faculdade de Educação e Psicologia.
- Governo de Portugal (2023). História do Serviço Nacional de Saúde. <https://www.historico.portugal.gov.pt/pt/o-governo/arquivo-historico/governos-constitucionais/gc19/os-ministerios/ms/quero-saber-mais/quero-aprender/historia-sns.aspx>
- Grasina, A. E. S., Lemos, H., Vilar, L., Luís, M. M. S. C., & Fernanda, D. (2023). Mini-ACE: Validation Study Among Older People in Long-Term Care. Departamento de Investigação & Desenvolvimento do Instituto Superior Miguel Torga. <https://repositorio.ismt.pt/items/281d9440-a47f-460a-a763-ddfecabd4237>
- Greenberg, J., Schimel, J., & Martens, A. (2002). *Ageism: denying the face of the future*. In T. D. Nelson (Ed.). *Age-ism: stereotyping and prejudice against older persons*, (pp.27-48). Cambridge, MIT Press.
- Herman, R. E., & Williams, K. N. (2009). *Elderspeak communication: impact on dementia care*. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 24(5), 417–423. doi: [10.1177/1533317508318472](https://doi.org/10.1177/1533317508318472)
- Hsieh, S., Schubert, S., Honn, C., Mioshi, E., & Hodges, J. (2013). *Validation of the Addenbrooke's Cognitive Examination III in frontotemporal dementia and Alzheimer's disease*. *National Library of Medicine*, 36(3-4), 242-250. doi:[10.1159/000351671](https://doi.org/10.1159/000351671)
- Instituto da Segurança Social I.P (2015). Manual de processos chave: Centro de Dia. (2º Ed.). https://www.seg-social.pt/documents/10152/13694/gqrs_centro_dia_processos-chave/439e5bcd-0df3-4b03-a7fa-6d0904264719
- Instituto da Segurança Social I.P (2017). *Guião Prático: Apoios Sociais- Pessoas Idosas*. https://www.seg-social.pt/documents/10152/33603/N35_apoios_sociais_idosos/638b6f1a-61f6-4302-bec3-5b28923276cb

- Instituto Nacional de Estatística (2013). *Envelhecimento Demográfico*. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_pesquisa&frm_accao=PESQUISAR&frm_show_page_num=1&frm_modos_pesquisa=PESQUISA_SIMPLES&frm_modos_texto=MODO_TEXTO_ALL&frm_texto=envelhecimento+demografico&frm_imgPesquisar=++&xlang=pt
- Instituto Nacional de Estatística (2020). *Envelhecimento da população residente em Portugal e na União Europeia*. INE, I.P. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUE_Sdest_boui=224679354&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt
- Macedo, E., & Santos, S. (2009). *Apenas Mulheres? Situação das Mulheres no Mercado de Trabalho em Quatro Países Europeus*. *Análise Social*, n.º19. <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/60799>
- Marques, S. (2011). *Discriminação da Terceira Idade*. Fundação Francisco Manuel dos Santos: Lisboa.
- Marques, S., & Lima, M. L. (2010). *Idadismo e a construção social da idade ou as razões psicossociais para o sucesso dos anti-rugas, do botox e da tinta para o cabelo*. In *Mind*. vol.1, nº1, (pp.13-22). <https://xdocz.com.br/doc/in-mind-portugues-1-1-jan2010-qxn4w9rz43oj>
- Martin, D., & Boeck, K. (2002). *QE: O que é a Inteligência Emocional*. Pergaminho.
- Minayo, C. S. M., & Junior, C. E. A. C. (2022). *Antropologia, saúde e envelhecimento*. Editora Fiocruz. <https://static.scielo.org/scielobooks/d2frp/pdf/minayo-9788575413043.pdf>
- North, M. S., & Fiske, S. T. (2015). Modern attitudes toward older adults in the aging world: A cross-cultural meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 141(5), 993–1021. <https://doi.org/10.1037/a0039469>
- Organização Mundial de Saúde (2011). *Envelhecimento*. <https://unric.org/pt/envelhecimento/>
- Organização Mundial de Saúde (2023). *As pessoas idosas*. <https://www.who.int/pt>

- Pimentel, L. (2001). *O Lugar do Idoso na Família: Contextos e trajetórias*. Quarteto.
- Pinazo-Hernandis, S. (2013). *Infantilización en los cuidados a las personas mayores en el contexto residencial*. Revista de Ciências Sociais, nº41. Universidade de València. Espanha.
<http://www.acpgerontologia.com/documentacion/infantilizacionpinazo.pdf>
- PORDATA (2017). *Escolaridade em Portugal*.
<https://www.pordata.pt/tema/portugal/educacao-17>
- Quivy, R. & Champenhoudt, L. (2008). *Manual de investigação em ciências sociais*. Gradiva.
- Relatório Mundial sobre o idadismo (2022). *Organização Pan-Americana da Saúde*. Washington, D.C.
<https://doi.org/10.37774/9789275724453>.
- Rodrigues, R. M. C., Loureiro, L. M. J., Crespo, S. S. S., & Silva, C. F. R. (2014). *Os muito idosos: Avaliação da funcionalidade na área de saúde mental*. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, Vol.12, (pp.25-33).
- Samuelsson, C., Adolfsson, E., & Persson, H. (2013). *The use and characteristics of Elderspeak in Swedish geriatric institutions*. Clinical Linguistics & Phonetics, 27(8), 616-631. [doi:10.3109/ 02699206.2013.773382](https://doi.org/10.3109/02699206.2013.773382)
- Shaw, C. A. & Gordon, J. K. (2021). *Understanding Elderspeak: An Evolutionary Concept Analysis*. The Gerontological Society of America. University of Iowa City. Vol.5, nº3. [doi:10.1093/geroni/igab023](https://doi.org/10.1093/geroni/igab023)
- Silveira, R.; Guerra, F.; Vaz, I.; & Matias, I. (2002). *Rede de serviços e equipamentos sociais in Portugal 1995 – 2000: Perspetivas da Evolução Social*. DEPP/MTS e Celta Editora, pp.253-277.
- Soares, N., Poltronieri, C. F. & Costa, J. C. (2014). *Repercussões do envelhecimento populacional para as políticas sociais*, 6(1), 133-152. Argumentum.
- Sousa, L. & Figueiredo, D. (2000). *Facilitar os cuidados aos idosos: uma escala de avaliação da qualidade de vida e bem-estar*. Psychologica, 25, 19-

24. <https://www.researchgate.net/publication/26344955> *Qualidade de vida e bem-estar dos idosos um estudo exploratório na população portuguesa*

Sousa, L.; Galante, H. & Figueiredo, D. (2003). Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista de Saúde Pública*, 37(3): 364-371. <https://www.scielo.br/j/rsp/a/9ggnBpNHKpXYT4sFbS7Zrsh/>

Tulha, A. (2021) *Notícias magazine: Idadismo, o preconceito que afeta metade da população*. <https://www.noticiasmagazine.pt/2021/idadismo-o-preconceito-que-afeta-metade-da-populacao/estilos/comportamento/267176/>

United Nations (2023). *Ageing: Vienna 1982*. <https://www.un.org/en/conferences/ageing/vienna1982>

United Nations Economic Commission for Europe (2017). *Resumo de Políticas da UNECE sobre o envelhecimento: Idosos em áreas rurais e remotas*. [https://unece.org/DAM/pau/age/Policy briefs/Portuguese/PB18 V01.pdf](https://unece.org/DAM/pau/age/Policy%20briefs/Portuguese/PB18_V01.pdf)

Vieira, R. S. S. (2018). *Idadismo: a influência de subtipos nas atitudes sobre os idosos*. [Tese de Doutoramento em Psicologia, Universidade Federal da Bahia]. Repositório UFB. [https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/28506/3/Tese Vieira JAN19.pdf](https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/28506/3/Tese_Vieira_JAN19.pdf)

Williams, K., Shaw, C., Lee, A., Kim, S., Dinneen, E. Turk, M., Jao, Y., Liu, W. (2017). *Voicing Ageism in Nursing Home Dementia Care*. *Journal of gerontological nursing*, 43(9), 16-20. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28556867/>