

ISABEL COELHO BARROSO

# **IDADISMO**

Um estudo em cinco freguesias do baixo  
concelho da Póvoa de Lanhoso



ESCOLA SUPERIOR DE ALTOS ESTUDOS

**Dissertação de Mestrado em Serviço  
Social**

COIMBRA, 2018



## Idadismo

Um estudo em cinco freguesias do baixo concelho da Póvoa de Lanhoso

ISABEL COELHO BARROSO

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

Orientador(a): Professor(a) Doutor(a) Fernanda da Conceição Bento Daniel – Professora  
Auxiliar do Instituto Superior Miguel Torga

Coimbra, Abril de 2018

## **AGRADECIMENTOS**

A presente dissertação de mestrado não poderia chegar a bom porto sem o precioso apoio de várias pessoas. A todos elas deixo aqui o meu agradecimento sincero.

À minha orientadora, Professora Doutora Fernanda Daniel, por ter aceitado orientar-me, pela sua constante disponibilidade, encaminhamento, apoio e amabilidade na transmissão de sábios conhecimentos, tão importantes ao longo da elaboração do trabalho.

Ao Tiago, um agradecimento especial pelo apoio e carinho diários, pelas palavras doces e pela transmissão de confiança e de força, em todos os momentos. A ele, antes de a quaisquer outros, devo o profundo agradecimento pelo modo como me aturou, pelo modo como sempre me apoiou e acompanhou ao longo desta árdua e custosa caminhada. Pelas alegrias, momentos felizes, desânimos, angústias e essencialmente pela compreensão. Por tudo, a minha enorme gratidão!

À minha entidade patronal (Centro Teresiano de Verim) por me ter disponibilizado um dia por semana para me deslocar a Coimbra. Assim como às Irmãs Teresianas em Coimbra por me ter disponibilizado a residência para pernoitar durante o primeiro ano.

Aos colegas, especialmente à Eva agradeço pela atenção, contribuição e acompanhamento.

À minha família por me incentivar nesta caminhada e por ter compreendido as ausências e os dias em que estive mais distante.

A todos os que participaram no estudo, o meu sincero agradecimento.

E por último, a todos os que não referi mas que também me apoiaram...

A todos, Muito Obrigada!

## RESUMO

Atitudes e comportamentos negativos em relação aos indivíduos baseados somente numa característica, a idade cronológica, são experienciadas por pessoas idosas em múltiplas sociedades.

Realizamos um estudo quantitativo com o objetivo de avaliar o idadismo, verificar se existe relação entre atitudes idadistas e a idade e qual o papel das percepções de estado de saúde nessa relação. Foram inquiridas 356 pessoas, 135 homens e 221 mulheres, com uma média de idades de 53,51% ( $DP = 20.27$ ) residentes em cinco freguesias do baixo concelho da Póvoa de Lanhoso.

Como instrumentos de medida foram utilizadas a versão resumida da Escala de Solidão (Hughes, Waite, Hawley, & Cacioppo, 2008), a Escala de Satisfação com a Vida (Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985); a Escala Breve de Redes Sociais de Lubben (LSNS-6) (Ribeiro et al., 2012) e a Escala Ambivalente de Idadismo (Cary, Chasteen & Remedios, 2017). Foi igualmente utilizado um questionário sociodemográfico, recursos sociais, saúde física e emocional.

A média dos diferentes itens da subescala está compreendida entre  $2,46 \pm 1,05$  e  $3,22 \pm 0,64$ . Quando comparamos as diferenças da nossa amostra, com os itens da amostra de referência verificamos diferenças, estatisticamente significativas, em doze dos treze itens. A idade (anos) correlaciona-se positivamente com os nove itens do idadismo. Na análise dos itens do idadismo e da idade, tendo em conta as percepções de saúde, constatámos que são as pessoas que tem uma melhor percepção de saúde que são mais idadistas.

As diferenças encontradas entre os nossos resultados e os da amostra de referência podem ser explicadas tanto nas características da amostra como ao nível cultural.

**Palavras-chave:** envelhecimento, idadismo, discriminação, saúde.

## ABSTRACT

Older people in multiple societies experience negative attitudes and behaviours toward individuals based on only one characteristic: the chronological age.

We conducted a quantitative study to evaluate the ageism, verify the relationship between ageist attitudes and age, and the role of health perceptions in this relationship. A total of 356 people were surveyed, 135 males and 221 females, with a mean age of 53.51 ( $SD = 20.27$ ) living in five parishes of the lower municipality of Póvoa de Lanhoso.

The measuring instruments used were the abbreviated version of Loneliness Scale (Hughes, Waite, Hawley, & Cacioppo, 2008), the Satisfaction with Life Scale (Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985), the Brief Scale Social Networks of Lubben (LSNS-6) (Ribeiro et al., 2012) and the Ambivalent Scale of Ageism (Cary, Chasteen & Remedios, 2017). We also used a socio-demographic questionnaire of social resources, physical and emotional health.

The average of the different items of the subscale is between  $2.46 \pm 1.05$  and  $3.22 \pm 0.64$ . When comparing the differences in our sample with the items in the reference sample, we verified statistically significant differences in twelve of the thirteen items. Age (years) correlates positively with the nine items of ageism ( $p > 0.05$ ). In the analysis of items of ageism and age, and taking into account the health perceptions, we found that people who have a better understanding of health are the most ageists.

The differences found between our results and those of the reference sample can be explained both in the characteristics of the sample and in the cultural level.

**Keywords:** ageing, ageism, discrimination, health.

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>4</b>
Envelhecimento e Idadismo .....	4
<b>MATERIAIS E MÉTODOS .....</b>	<b>12</b>
Participantes .....	12
Instrumentos .....	14
Análise Estatística .....	15
Procedimentos .....	16
Resultados .....	16
Validade Fatorial .....	18
Validade convergente e divergente .....	19
Resultados .....	19
<b>DISCUSSÃO E CONCLUSÃO .....</b>	<b>25</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>29</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>Erro! Marcador não definido.</b>

## INDÍCE DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Caraterização Sociodemográfica e Profissional da Amostra (N =356) .....	13
<b>Tabela 2</b> - Alfa de Croanbach da Escala de Idadismo .....	17
<b>Tabela 3</b> - Correlação entre o teste e reteste da Escala de Idadismo .....	17
<b>Tabela 4</b> - Valores de Alfa de Cronbach se fossem eliminados itens .....	17
<b>Tabela 5</b> - Matriz de Componentes Rodada.....	18
<b>Tabela 6</b> - Correlação entre Idadismo, solidão, SWLS e redes sociais de familiares e amigos .....	19
<b>Tabela 7</b> - Caraterização dos Recursos Sociais da Amostra (N = 356) .....	20
<b>Tabela 8</b> - Caracterização da Saúde Física e Emocional (N=356).....	21
<b>Tabela 9</b> - Média, desvio-padrão e as diferenças entre os itens da escala do idadismo da nossa amostra e da amostra de referência .....	22
<b>Tabela 10</b> - Correlação ( $r_s$ ) entre os itens do idadismo e a idade e percepções de saúde .....	23

## INTRODUÇÃO

### **Envelhecimento e Idadismo**

O envelhecimento resulta das transformações demográficas operadas nas últimas décadas nas sociedades mais desenvolvidas, conduzindo a um progressivo aumento da esperança média de vida e a uma acentuada redução da taxa de natalidade (Rosa, 2012). Segundo os dados do EUROSTAT, a proporção de pessoas em idade ativa na UE-28 está a diminuir, ao passo que o número relativo de reformados está a aumentar. Em 2050 estima-se que três em cada dez pessoas terão 65 ou mais anos. O atual cenário demográfico acentuar-se-á em consequência do envelhecimento, medido pelo rácio entre idosos (65+) e jovens (até 15 anos). O actual cenário de envelhecimento demográfico é “um fenómeno universal, característico tanto dos países desenvolvidos como, de modo crescente, do Terceiro Mundo” (Kalache, 1987, p. 200). O aumento da esperança de vida à nascença, situado em 2016 na União Europeia (28 Países) em 81 anos, embora tenha tendência para diminuir, catapultou a idade média das mulheres e dos homens para um patamar historicamente inédito (Oliveira & Mendes, 2010), 78,2 para os homens e 83,6 para as mulheres (projeções) (Pordata, 2018). O envelhecimento é um fenómeno positivo, quer para os indivíduos, quer para as sociedades, testemunhando os progressos económicos, sociais e biomédicos, na base dos quais se desenvolveram as políticas públicas (Cabral, 2013). Rosa (2012), afirma que o envelhecimento pode ser apreendido a partir dos conceitos: individual e coletivo. O envelhecimento individual pode ser fragmentado em envelhecimento cronológico e envelhecimento biopsicológico. O primeiro remete para a idade do indivíduo e para um processo universal e gradual pelo qual todos passam inevitavelmente. O biopsicológico decorre do primeiro, mas não é linear pois o processo de envelhecimento é vivido de forma diferente por cada indivíduo. O envelhecimento coletivo, segundo Rosa (2012), subdivide-se em dois conceitos distintos: o envelhecimento demográfico e o envelhecimento societal. O envelhecimento demográfico, pressupõe a classificação dos indivíduos em categorias etárias fixas, como a idade jovem (até aos 15 anos), a idade ativa (entre os 15 e os 64) e a idade idosa (65 e mais anos), a partir desta classificação etária resulta o conceito de envelhecimento demográfico (ou da população).

Segundo Fontaine (2000) o envelhecimento não é um estado, mas sim um processo de degradação progressivo, diferenciado de indivíduo para indivíduo, experienciado pelos seres vivos e cujo termo natural é a morte do organismo, pelo que é, “impossível datar o seu começo, porque de acordo com o nível no qual ele se situa (biológico, psicológico ou

sociológico), a sua velocidade e gravidade variam de indivíduo para indivíduo” (Cancela, 2008, p. 2). Os indivíduos envelhecem de formas muitas distintas, talvez por esse facto se fale de idade biológica, de idade social e de idade psicológica, muito diferente da idade cronológica. Morin (2001) refere que em todas as sociedades as pessoas são classificadas de acordo com a idade, sendo a vida um contínuo que foi sociologicamente interrompido pela organização social. Todas as pessoas devem estar cientes que possuem traços de outras fases do seu ciclo de vida.

Como as pessoas vivem mais tempo a visibilidade das mesmas na sociedade também aumenta. Assim, importa identificar atitudes em relação a estas pessoas. Atitudes negativas potenciam a discriminação e maus-tratos. O critério da idade e das atitudes preconceituosas contra as pessoas idosas não são os únicos fatores que contribuem para a violência, mas podem originar uma cultura fértil que estimula a discriminação, desvalorizando e tirando o poder às pessoas mais velhas (Hse, 2009).

“O idadismo refere-se às atitudes e práticas negativas generalizadas em relação aos indivíduos baseadas somente numa característica — a sua idade. A tradução do termo *ageism* para idadismo” (Marques, 2011, p. 18), surge pelo facto das manifestações idadistas não ser exclusiva apenas a um grupo etário — o das pessoas idosas. É um fenómeno que continua persistente na sociedade, apesar das quase cinco décadas após definição e objeção por Butler (1969) e pelos investigadores que se seguiram (Sousa, Lodovici, Silveira, & Arantes, 2014; Oliveira & Lopes, 2005; Amaral, Lopes, & Garcia, 2008). O idadismo manifesta-se no discurso quotidiano, através de afirmações verbais ou gestuais, particularmente por parte dos mais jovens. Essas manifestações revelam uma mera repetição de vulgaridades que parecem dirigidas a um outro ser, não humano, como se os mais jovens não estivessem em processo de envelhecimento, escamoteando o facto de que todos os seres humanos, estão em constante processo de envelhecimento (Agamben, 2009, citado por Sousa, Lodovici, Silveira, & Arantes, 2014).). Um dos aspetos mais insidiosos do idadismo “é que ele pode operar sem consciência, controle, ou intenção de prejudicar” (Levy & Banaji, 2002, p. 50). Esta “caraterística do idadismo prende-se a invisibilidade social das pessoas afetadas, cujo afastamento de determinadas arenas da vida social, política e económica tem impactos na promoção e defesa dos seus direitos. A invisibilidade é reforçada por outras formas de discriminação de rosto ‘benevolente’, de que o paternalismo é um bom exemplo. 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 tomada. O paternalismo levanta questões relativas à autonomia individual e à liberdade de

realizar opções sobre assuntos que lhe dizem respeito” (Coelho, 2013, p. 4). Quando se considera as pessoas de idade avançada (terceira e de quarta idade) (Baltes & Smith, 2002), constata-se “a evidência de que algumas culturas parecem ser ainda muito jovens para integrar, em condições de harmonia intergeracional e de valorização humana, uma larga quantidade de gerontes. Está em causa uma integração que garanta condições de desenvolvimento do potencial humano individual e de proteção e respeito pela dignidade e individualidade da pessoa idosa tal como acontece em outros períodos de idade (Alves & Novo, 2006, p.67). As atitudes idadistas em relação às pessoas mais velhas, segundo Marques (2011, p. 18-19), assumem três componentes essenciais: (i) 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”; (ii) preconceito: as atitudes idadistas 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, assumam formas mais disfarçadas como a piedade ou o paternalismo”, (iii) discriminação: por fim assume-se que o idadismo inclui também uma componente mais comportamental relacionada com os atos de discriminação em relação às pessoas idosas. O idadismo manifesta-se a três níveis: (i) pessoal, ou seja, relaciona-se com as crenças e sentimentos individuais relativos ao envelhecimento; (ii) cultural, relativamente à sobrevalorização dos aspetos e dos estereótipos negativos relativos às pessoas idosas e (iii) estrutural, pois incide numa conjuntura económica que retira vantagens às pessoas idosas, através da reforma compulsiva ou forçada de baixas pensões ou acessos limitados aos cuidados de saúde (Allan, 2008, citado em Thompson, 1995). Os estereótipos são rótulos sociais com implicações significativas para a organização social que influenciam o modo como concebemos e nos comportamos face à velhice (Ballesteros, 2000). Os estereótipos “minimizam as diferenças individuais e tendem a igualar todas as pessoas idosas, ignorando que cada idoso possui as suas próprias características, personalidade e forma de envelhecimento” (Tortosa & Motte, 2002, p. 103). Para Palmore (1999), existem essencialmente estereótipos que refletem o preconceito negativo para com as pessoas idosas, são eles: a doença, a impotência sexual, a fealdade, o declínio mental, a doença mental, a inutilidade, o isolamento, a pobreza e a depressão. Os principais estereótipos positivos apontados por Palmore (1999) são a amabilidade, a sabedoria, o ser de confiança, a opulência, o poder político, a liberdade, a eterna juventude e a felicidade.

O impacto destrutivo do preconceito da idade afirma-se, segundo Butler (1980), em três áreas principais: as atitudes prejudiciais, as práticas discriminatórias relativamente ao trabalho e a outros desempenhos sociais e as práticas institucionais e políticas. “Estas dimensões entrecruzam-se e perpetuam maneiras de pensar estereotipadas, reduzindo as oportunidades de vida satisfatória e digna” (Coelho, 2013, p. 3): “as atitudes e as crenças, os comportamentos discriminatórios, as normas institucionais e as políticas estão relacionadas e reforçam-se mutuamente. Os três têm contribuído para a transformação do envelhecimento enquanto processo natural, em problema social no qual os indivíduos idosos arcam com as consequências prejudiciais” (Butler, 1980, p. 8, citado por Coelho, 2013, p. 4). Existe uma multiplicidade de formatos de práticas discriminatórias num contínuo entre o hostil e o benevolente, “o explícito e o implícito, que atravessam e se reforçam mutuamente aos níveis micro – o das relações interpessoais na família, amigos, vizinhança; meso – o nível onde se estabelecem relações entre os diversos contextos de vida dos indivíduos (por ex. entre família, escola ou centro de dia); e macro – o nível onde se situam as políticas sociais, as crenças, os valores culturais” (Coelho, 2013, p. 5).

Importa referir, indo ao encontro de Coelho (2013) e Marques (2011) que a intervenção no sentido da transformação dos estereótipos e preconceitos, para ser eficaz deverá centrar-se a nível sociopolítico implicando uma mudança ideológica de grande alcance). “A atitude idadista não se resume ao indivíduo, uma vez que se baseia nos valores culturais mais profundos de uma sociedade; tem, portanto, uma dimensão coletiva e estrutural (...). Outra dimensão é a das organizações em áreas como, a educação, a saúde, o trabalho, a segurança social (Coelho, 2013, p. 9). Em Portugal, segundo Daniel, Monteiro e Ferreira (2016) o Estado tem promovido um investimento organizado em respostas sociais, não estatais, que passam e pela criação e ampliação de Centros de Dia e Serviços de Apoio Domiciliário, cujo principal objetivo é a manutenção das pessoas idosas por mais tempo nas suas residências. A Estrutura Residencial para Idosos tem igualmente crescido (Daniel, 2009). Segundo Marques, (2011, p. 80) ”os principais problemas nestas respostas sociais verificam-se na escassez e qualificação dos recursos humanos e nos níveis de exaustão demonstrados por estes”. As mudanças “devem ser realizadas não só nas respostas aos clientes, mas também no apoio aos profissionais e às famílias. Mais profissionais, com melhor formação e possivelmente mais bem remunerados, parecem ser fatores cruciais para garantir o êxito destas iniciativas” (Marques 2011, p. 80). De igual modo, os meios de comunicação, como a televisão, media, imprensa exercem grande influência na perceção do público quanto às pessoas idosas e envelhecimento. Outros estereótipos comuns por pessoas

mais velhas estão associados aos atributos físicos e às aparências. Aparências faciais, em particular, têm sido relatadas como um critério importante para a definição das pessoas idosas (Musaiger & D'Souza 2009). A diminuição da capacidade mental, percebida como inevitável em pessoas mais velhas, é outro estereótipo associado ao envelhecimento (Palmore, 1999). Este estereótipo associada às idades avançadas uma redução da competência, inteligência, capacidade que resulta em perda de memória (Kite, Stockdale, Whitley, & Johnson, 2005). As pessoas mais velhas são progressivamente estereotipadas como incompetentes, improdutivas e esquecidas, e isso pode variar entre os subgrupos de pessoas idosas. As pessoas mais velhas são muitas vezes vistas como sendo pessimistas, difíceis, inflexíveis, suspeitas, secretas, rabugentas ou irritadas, zangadas e amargas (Gellis, Sherman, & Lawrance, 2006). Quanto ao gênero, os homens mais velhos, em particular, são vistos como mais intolerantes, suspeitos e conflituosos do que as mulheres idosas, embora esses adjetivos sejam geralmente associados a todas as categorias de pessoas mais velhas (Arnold-Cathalifaud, Thumala, Urquiza, & Ojeda, 2008). Em média, os homens apresentam atitudes menos favoráveis em relação às pessoas mais velhas e menos comportamentos "idadistas" positivos do que as mulheres (Zamberini et al., 2008). Vários estudos têm indicado que as pessoas idosas são vistas como tristes e solitários (Tan, Zhang, & Fan, 2004). Isto contraria a afirmação de que a velhice pode ser reconhecida como um momento de felicidade, serenidade, liberdade e de ausência de responsabilidades (Palmore, 1999).

Existem formas de ageísmo negativo que mostram que as pessoas mais velhas quando se esquecem do nome de alguém são, normalmente, acusadas de senis; são apelidadas de "suja" porque mostram sentimento ou afeição sexual a um dos dois sexos; de "mal-humoradas" quando expressam uma legítima aversão à vida, como fazem muitos jovens; "como crianças", mesmo depois de a sociedade assegurar que estas são dependentes, desamparadas e impotentes quanto as crianças (Palmore, 1999). De acordo com Webster (1994) a senilidade implica uma deterioração progressiva e irreversível. A suposição de que a senescência ou a deterioração é tudo o que existe para o envelhecimento humano. Por outro lado, negar a senescência ou declínio na função que geralmente acompanha o envelhecimento é uma forma de idadeísmo positivo. Muitas das respostas emocionais reativas de pessoas mais velhas, como depressão, dor e ansiedade, são rotuladas de senilidade e consideradas, erroneamente, como irreversíveis e intratáveis (Butler & Lewis, 1982). Esta é outra forma de idade.

Em Portugal o idadeísmo, segundo Marques (2011), parece atingir sobretudo as pessoas mais velhas. Cerca de 20.8% dos indivíduos entre os 65-79 anos e 31.6% dos

indivíduos com mais de 80 anos já se sentiram discriminados por causa da idade. Os comportamentos idadistas discriminam com base na idade cronológica. Essa discriminação pode envolver comportamentos abertamente hostis, mas também inclui comportamentos que podem parecer bastante positivos, mas que, em última análise, servem para impedir que as pessoas idosas atinjam seus objetivos (Marques, 2011). Existem muitos sinais de discriminação em relação às pessoas idosas na nossa sociedade. Estes sinais surgem em vários domínios e mostram que este tipo de ações pode ser abrangente. Para além das formas mais flagrantes de abuso e de maus tratos existem outros modos de idadismo mais subtis, sobre as quais não pensamos normalmente (Marques, 2011). Muitas vezes, comportamentos de ajuda excessiva e de sobre proteção das pessoas mais velhas, embora bem-intencionados, podem ser idadistas e prejudiciais porque tendem a promover a incapacidade e a dependência (Marques, 2011). Quando surge alguma situação de maior dependência, em que a pessoa idosa necessita de maior apoio, em algum aspeto particular, este é muitas vezes negociado entre os restantes membros da família, mas com exclusão do próprio interessado (Marques, 2011). No entanto apesar de as famílias representarem, um apoio crucial para a pessoa idosa, podem também promover a imagem negativa veiculada pela sociedade: mesmo aqueles que conhecem melhor a pessoa idosa e as suas potencialidades não fogem a este tipo de estigmatização (Marques, 2011). Os resultados do Eurobarómetro Especial de 2009 relativo à Discriminação na União Europeia em 2009 mostram que 53% dos portugueses consideram a discriminação pela idade muito frequente na nossa sociedade e 57% das pessoas concordam que é mais frequente do que há cinco anos (Marques, 2011). Estes resultados estão de acordo com os verificados no módulo “Idadismo” do *European Social Survey* realizados também em 2009. Este estudo evidencia um resultado surpreendente: a discriminação em relação à idade é sentida pelos portugueses (17%), atingindo valores superiores à discriminação em razão do sexo (13%) ou à etnia (11%). Esta forma de discriminação, em Portugal, parece atingir sobretudo as pessoas mais velhas: 20.8% dos indivíduos entre os 65-79 anos e 31.6% dos indivíduos com mais de 80 anos já se sentiram discriminados por causa da idade. O *European Social Survey* refere que estes comportamentos negativos assumem expressões numericamente significativas, pois 15.9% dos indivíduos entre os 65-79 anos e 26.8% dos indivíduos com mais do que 80 anos afirmam já ter sido maltratados devido à sua idade, insultados, vítimas de abuso e recusados em determinados serviços, enquanto 19.9% dos indivíduos entre os 65-79 anos e 30.6% dos indivíduos com mais do que 80 anos já foram tratados com pouco respeito, ignorados ou alvo de paternalismo.

“Embora o *ageismo* e a discriminação por idade sejam termos frequentemente usados como sinônimos, o *ageismo* refere-se essencialmente às atitudes que os indivíduos e a sociedade têm frequentemente com os demais em função da idade, enquanto a discriminação por idade descreve a situação em que a idade é o fator decisivo” (Goldani, 2010, p.1).

A origem do termo *ageism* advém da aglutinação termo *age* (idade) e *ism* e é segundo Palmore (2001) o terceiro “ismo” que emerge na sociedade após o racismo e o sexismo, afetando todos, jovens e idosos. O *ageismo*, *idadismo* e *etarismo* está associado a eventos violentos (*bullying*), experienciados tanto na sociedade, como no seio da própria família manifestando-se em maus-tratos, abusos, negligências, etc. (Magalhães, Fernandes, Antão, & Anes, 2009). Neste sentido, “a discriminação poderá atingir virtualmente qualquer pessoa pois, supostamente, qualquer pessoa pode atingir uma idade avançada. Embora sempre tenha havido na história humana casos de rara longevidade, bastará compararmos a esperança média de vida no início do século XX com a esperança de vida na actualidade para vermos o quanto a generalização do envelhecimento parece ser um fenómeno recente” (Alves & Novo, 2006, p. 67).

A saúde, a independência, a satisfação com a rede de relações sociais e a satisfação com a vida parecem ser os fatores que surgem associados, de forma generalizada e consistente, com o envelhecer bem-sucedido (Ballesteros, 2010). No mesmo sentido Ferrans e Power afirmam que um dos parâmetros importantes para a avaliação da qualidade de vida é a satisfação, incluindo os aspetos de interação familiar e social, desempenho físico e exercício profissional (1992). A satisfação com a vida tem dois componentes, o cognitivo e o afetivo. O componente cognitivo da satisfação refere-se a julgamentos que o indivíduo faz de sua vida como um todo e de domínios particulares, usando para isso critérios de comparação que são influenciados por variáveis da história de vida, da personalidade e do contexto sócio histórico. O componente afetivo refere-se a reações afetivas ou emocionais positivas ou agradáveis, quando a pessoa percebe que está tudo bem e negativas ou desagradáveis, quando a situação é inversa (Diener & Suh, 1997). A satisfação com a vida reflete, de forma indireta, a qualidade de vida, sendo uma dimensão chave nas avaliações do estado de saúde na velhice (Paschoal, 1996). Existem diversos fatores que influenciam a qualidade de vida das pessoas idosas, sendo apontado em diversos estudos que o estado de saúde geral, o estado de saúde mental e físico, o bem-estar psicológico, a produtividade, a autonomia, a capacidade funcional, a autoestima, as atividades de ocupação dos tempos livres, a continuidade de papéis familiares e ocupacionais, o apoio familiar e social, a continuidades de relações informais em grupos primários, a disponibilidade económica, o ambiente, o estado do local

onde vive, os recursos e aos serviços e acesso a eles, os valores culturais, éticos e religiosos, a satisfação com as condições de vida, as aspirações e expectativas com a vida (Bowling, Banister, Sutton, Evans, & Windsor, 2002).

As relações sociais similarmente contribuem para dar sentido à vida, favorecendo a organização da identidade através da inter-relação entre as pessoas, sendo por natureza, dinâmicas. Variam de pessoa para pessoa, de situação para situação e conforme o tipo de interação (Dessen & Braz, 2000). Os relacionamentos sociais, tão importantes para os indivíduos em todo o ciclo vital, têm pesos diferentes de acordo com a época de vida das pessoas e são influenciadas por fatores idênticos à satisfação com a vida. Esses fatores combinam com a estrutura e da função da rede social, em diferentes momentos da vida (Papalia & Olds, 2000).

As redes de suporte social, segundo Campini (2000) suportada em Antonucci (1985), referem-se ao conjunto de pessoas que mantêm entre si laços que pressupõe dar e receber, “permitindo-lhes manter a identidade social, receber apoio emocional, ajuda material, serviços e informações, bem como estabelecer novos contatos sociais (Walker et al, 1977). Elas podem ser categorizadas quanto às suas propriedades estruturais, como por exemplo: tamanho, estabilidade, homogeneidade, simetria, complexidade e grau de ligação entre os membros. Podem ser vistas quanto à natureza das relações, por exemplo, formais x informais, envolvendo amigos x familiares, vizinhos x colegas” (Capitanini, 2000, p. 37). Desenvolvem-se ao longo da vida como resultado de experiências, expectativas e significados relativos dos vários tipos de relação em que a pessoa se envolve. Elas são hierarquizadas e nos seus diversos níveis incluem-se os membros da família, os amigos, o cônjuge, os companheiros de trabalho e os profissionais com que cada pessoa se relaciona no curso de vida e em momentos específicos (Kahan & Antonucci, 1980).

Viver mais tempo aumenta em 80% as probabilidades de poder vir a contrair uma ou mais doenças crônicas, bem como a experienciar limitações físicas incapacitantes (Hoeman, 2000). É contudo difícil de distinguir se se trata, segundo Hoeman (2000) de alterações decorrentes do processo de envelhecimento ou se são manifestações patológicas. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) 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 velhas que sentem que são um fardo percebem-se como menos valiosas, colocando-as em risco de depressão e isolamento social (WHO, 2016). O processo de envelhecimento está associado a um declínio gradual de na eficiência do processo metabólico, aumento a probabilidade das pessoas idosas experienciarem situações

de fragilidade. A autonomia e independência encontra-se associada à percepção de saúde (Santos, Barlem, Silva, Cestari, & Lunardi, 2008).

“Uma perspectiva positiva em torno do envelhecimento tem conduzido cada vez mais à ideia de que a melhor forma de prevenir os “problemas do envelhecimento” é focar a atenção nas forças das pessoas mais idosas e promover mudanças positivas na segunda metade da vida, em ordem a uma adaptação cada vez mais bem-sucedida entre as competências e as exigências ambientais” (Fonseca, 2012, p.104).

A melhoria da satisfação com a vida “durante a velhice passa por deixar de pensar no que falta e dar valor ao que se tem. Estando continuamente a protestar por não se ter saúde e vitalidade, a lamentar a vida que se leva, não apreciando as qualidades e capacidades que ainda se possuem (Brazão, 2014, p. 81). Nas idades avançadas “o desenvolvimento passa, inevitavelmente, por aceitarmos o que ainda é possível fazer e pela manutenção de expectativas: esperam-nos coisas, esperam-nos pessoas, esperam-nos relações. É verdade que também nos esperam as doenças e a morte; sabemos-lo bem e é por isso que não vale a pena passar a vida à espera deles” (Brazão, 2014, p. 81).

## **MATERIAIS E MÉTODOS**

### **Participantes**

A amostra deste estudo é constituída por 356 indivíduos de ambos os sexos com idade igual ou superior a 16 anos, residentes em cinco freguesias (Verim, Ajude, Friande, S. João de Rei e Monsul) do baixo concelho da Póvoa de Lanhoso.

Na tabela 1 verificamos que na amostra o sexo feminino (62.1%) prevalece sobre o sexo masculino (37.9%). Relativamente ao estado civil a maioria dos participantes são casados ou vivem em união de facto (58%) e 25% solteiros. A média de idades é 53 anos ( $DP=20.27$ ) sendo a idade mínima de 16 anos e a máxima de 92 anos. A amostra de idades por categorias apresenta 37,98% com idades inferiores a 60 anos e 72,11% com idade igual e superior a 60 anos. No que concerne ao nível de escolaridade 38% apresenta o ensino básico primário e 24.2% o ensino preparatório. Relativamente à categoria profissional 22.5% dos inquiridos são trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices e 15.7% são agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta.

**Tabela 1 - Caracterização Sociodemográfica e Profissional da Amostra (N =356)**

	<i>N</i>	<i>%</i>
<b>Sexo</b>		
Masculino	135	37,9
Feminino	221	62,1
<b>Estado Civil</b>		
Solteiro	89	25
Casado/União de Facto	205	58
Divorciado	18	5,1
Viúvo	43	12,1
	<i>M (DP)</i>	<i>Min-Máx</i>
<b>Idade</b>	53,51 (20,27)	16-92
<b>Escolaridade</b>		
Não sabe ler nem escrever	48	14
Sabe ler e escrever	3	,8
Ensino básico primário	134	38
Ensino preparatório	86	24,2
Ensino secundário	56	16
Ensino Médio	0	0
Ensino Superior	28	8
<b>Categoria</b>		
Profissões das Forças Armadas	1	3
Representantes do Poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestores executivos	9	2,5
Especialistas das atividades intelectuais e científicas	17	4,8
Técnicos e profissões de nível intermédio	18	5,1
Pessoal administrativo	8	2,2
Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores	33	9,3

Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura da pesca e da floresta	56	15,7
Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices	80	22,5
Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem	21	5,9
Trabalhadores não qualificados	31	8,7
Desempregado/a	12	3,4
Domésticas	51	14,3
Estudante	20	5,6

Nota.  $n$  = frequência,  $DP$  = Desvio-Padrão

### **Instrumentos**

No presente estudo utilizamos um questionário multidimensional que se encontra dividido nas seguintes secções: a) características sociodemográficas; b) recursos sociais; c) estado de saúde físico e emocional; d) solidão, satisfação com a vida, redes sociais e idadismo. A secção d) inclui quatro escalas nomeadamente solidão, satisfação com a vida, redes sociais e idadismo.

Para a avaliação da solidão foi utilizado o instrumento de análise, *A Short Scale for Measuring Loneliness* - versão resumida da Escala de Solidão (Hughes, Waite, Hawley & Cacioppo, 2008). É uma escala com três itens que se destina a medir a solidão, ou seja, a solidão que é sentida no momento da administração. A pontuação atribuída a cada item varia entre 3 pontos, 1 (Quase Nunca), 2 (Algumas Vezes) e 3 (Muitas Vezes). A variável compósita resulta do somatório dos três itens. As pontuações mais altas indicam uma maior pontuação ao nível da solidão. É uma escala que apresentou confiabilidade satisfatória e validade simultânea e discriminante. No nosso estudo o valor de Alfa foi de .89.

Para avaliar o grau de satisfação com a vida, foi aplicada a *Satisfaction With Life Scale* (SWLS) – A Escala de Satisfação com a Vida (Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985) – é um instrumento de cinco questões referentes à satisfação com diferentes domínios. A escala varia de “discordo fortemente” (1) a “concordo fortemente” (7). Os *scores* da SWLS correlacionam-se de forma moderada a alta com outras medidas de bem-estar subjetivo e correlacionam-se também com características específicas de personalidade. A SWLS mostrou-se negativamente correlacionada ao Inventário de Depressão Beck ( $r=-0.72$ ;  $p < 0.001$ ) numa pesquisa realizada por Blais, Vallerand, Pelletier e Briere (1989) apresentando

evidências de validade concorrente. O Alfa de Cronbach original da escala SWLS é de .84, enquanto o Alfa da escala traduzida para português é de .89. No nosso estudo o valor de alfa foi de .81.

No presente estudo foram também avaliadas as relações sociais dos inquiridos, através da *Escala Breve de Redes Sociais de Lubben (LSNS-6)* – A LSNS - 6 (Ribeiro et al., 2012) tem por base dois conjuntos de questões que avaliam, por um lado, as relações familiares e por outro, as relações de amizade. Os itens incluídos no primeiro conjunto são: *considerando as pessoas de quem é familiar por nascimentos, casamento, adoção, etc...* (1) “Quantos familiares vê ou fala pelo menos uma vez por mês?” (2) “De quantos familiares se sente próximo de tal forma que possa ligar-lhes para pedir ajuda?” e (3) “Com quantos familiares se sente à vontade para falar sobre assuntos pessoais?”. Estes três itens são repetidos em relação aos amigos, incluindo aqueles que vivem na vizinhança do respondente. A pontuação total da escala resulta do somatório dos 6 itens, à qual vai de 0 a 30 pontos, sendo que as respostas a cada um dos itens variam numa escala entre 0 a 6 (“0”, “1”, “2”, “3 ou 4”, “5 a 8” e “9 e mais”). O valor de Alpha de Cronbach na escala original foi de .78., enquanto na validação para português foi de .80. No nosso estudo o valor de Alfa foi de .79.

De forma a avaliar a hostilidade e a benevolência relativamente à idade foi aplicada *The Ambivalent Scale (Escala Ambivalente de Idadismo)* – A Escala Ambivalente de Idadismo (Cary, Chasteen & Remedios, 2017). É uma escala composta por 13 itens de avaliação. Os itens são avaliados numa escala de sete pontos, sendo que (1) refere-se a “Discordo Totalmente” e (7) “Concordo Totalmente. Esta escala foi desenvolvida em quatro etapas. Etapa 1: foram mapeados itens que resultaram numa versão de 41 itens. Etapa 2 e 3: a medida foi refinada através da seleção de 21 itens. Etapa 4: a versão final resultou num conjunto de 13 itens. Em cada dessas foram realizadas análises fatoriais exploratórias para a eliminação de itens. Em seguida foi testada a confiabilidade da escala. Após autorização da tradução para português por parte dos autores da escala procedeu-se ao estudo das suas propriedades psicométricas. A Escala Ambivalente de Idadismo apresentou boa confiabilidade teste-reteste ( $r = 0.80$ ) e boa consistência interna ( $\alpha = 0.91$ ). No nosso estudo o valor de alfa foi de 0.77.

### **Análise Estatística**

Após a recolha de dados procedeu-se à sua inserção e processamento dos dados no programa de análise estatística de dados SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*), versão 24. A análise dos dados foi realizada recorrendo à estatística descritiva e à estatística

inferencial. Quanto à estatística descritiva calcularam-se as frequências (absolutas e relativas), medidas de tendência central (médias aritméticas e medianas) e medidas de dispersão e variabilidade (mínimo, máximo e desvio padrão). As propriedades psicométricas do instrumento estudado foram calculadas utilizando as correlações de cada item com o total (excluindo o respetivo item) e o Alfa de Cronbach utilizado como medida de fidelidade interna dos instrumentos. No que concerne à estatística inferencial recorreremos para a determinação da relação entre as variáveis em estudo, aos coeficientes de Correlação de Pearson e de Spearman. Foram realizadas análises preliminares para garantir a não violação de pressupostos de normalidade, linearidade e homoscedasticidade.

### **Procedimentos**

A realização deste estudo iniciou-se com um contato inicial, porta a porta, com a população das cinco freguesias do baixo concelho da Póvoa de Lanhoso com objetivo de explicar os objetivos do estudo. Após a leitura do consentimento informado a cada participante procedeu-se em caso de dificuldades de preenchimento a uma entrevista para recolha de dados. A todos os outros participantes foram deixados os questionários nas próprias casas e levantados posteriormente em data negociada com a investigadora.

A análise dos resultados inicia-se com a apresentação das características psicométricas da escala do idadismo (estudo 1) segue-se a apresentação das características da população total e a avaliação do idadismo e correlatos (estudo 2).

### **Resultados**

#### *Estudo 1*

A tradução e a análise das propriedades psicométricas pressupôs ao cumprimento de quatro fases: (1) tradução do instrumento; (2) avaliação das dissemelhanças; (3) retroversão de itens dissemelhantes; (4) validação (análise fatorial).

Na primeira fase, o questionário foi traduzido para a Língua Portuguesa por dois tradutores indicados por duas escolas de inglês (*Internacional House de Braga e Internacional House de Coimbra*). A tradução incidiu sobre a equivalência conceitual dos termos, ou seja, não alterar o significado original de cada item. Na segunda fase recorreu-se a uma professora de Serviço Social, com domínio na língua inglesa, para avaliação das discrepâncias entre a versão original e a versão portuguesa da escala. Foi entregue a versão original e a versão traduzida. As propostas apresentadas foram registadas. Na terceira fase

procedeu-se à discussão das dissemelhanças e assumiu-se que se estava na presença da versão final da escala. A quarta fase implicou o estudo das propriedades psicométricas nomeadamente a avaliação da fidedignidade (consistência interna) e a validação fatorial. O valor de Alfa de Croanbach foi de 0.77.

**Tabela 2 - Alfa de Croanbach da Escala de Idadismo**

<b>Alfa de Croanbach</b>	<b><i>n</i></b>
0,770	13

Quanto ao valor de correlação do teste-reteste, a tabela 3 mostra que este é de .940.

**Tabela 3 - Correlação entre o teste e reteste da Escala de Idadismo**

		<b>Idadismo Total</b>	<b>Reteste do Idadismo Total</b>
<b>Idadismo Total</b>	Correlação de Pearson	1	0,94**
	<i>n</i>	353	28
<b>Reteste do Idadismo Total</b>	Correlação de Pearson	0,940**	1
	<i>N</i>	28	29

\*\* . A correlação é significativa no nível 0.01 (bilateral).

Os itens 8 e 9 são os itens que contribuem para um menor valor de alfa de croanbach.

**Tabela 4 - Valores de Alfa de Cronbach se fossem eliminados itens**

<b>Itens</b>	<b>Alfa de Croanbach se o item for excluído</b>
Idadismo 1	0,767
Idadismo 2	0,752
Idadismo 3	0,750
Idadismo 4	0,758
Idadismo 5	0,745
Idadismo 6	0,746
Idadismo 7	0,747
Idadismo 8	0,770

Idadismo 9	0,770
Idadismo 10	0,743
Idadismo 11	0,750
Idadismo 12	0,751
Idadismo 13	0,769

### Validade Fatorial

Procedeu-se a uma análise fatorial exploratória para analisar a estrutura do “The Ambivalent Ageism Scale” (AAS). A indicação da utilização do modelo fatorial na análise da AAS foi reforçada por um KMO de 0.7 (quanto mais próximo de 1, maior a adequação de uma análise fatorial) e por um teste de Bartlett com um nível de significância inferior a 0.001. Este último leva à rejeição da hipótese de a matriz das correlações na população ser a matriz de identidade mostrando que a correlação que existe é entre as variáveis (Pestana & Gageiro, 2008). Com o objetivo de identificar quais as contribuições de cada item para cada fator e de verificar qual a estrutura da ASS procedeu-se a uma análise fatorial exploratória através da utilização do método de componentes principais (Tabela 5). A análise fatorial exploratória identificou 4 fatores com valores superiores a 1 a explicarem cumulativamente 65% da variância. Os resultados obtidos não foram idênticos aos do estudo da escala original (cf. tabela.5), não existindo concordância dos itens tanto na estrutura inicial como na estrutura bidimensional (forçada). Em virtude das diferentes saturações procedemos à análise por item.

**Tabela 5 - Matriz de Componentes Rodada**

Item	Matriz de estruturas										
	Amostra Portuguesa					Cary, Alison, Chasteen & Remedios					
	1	2	2	2	3	4	1	1	2	2	3
Idadismo 1	0,02 (0,01)	<b>0,71</b>	<b>(0,68)</b>	0,20	0,01	-0,12	(0,25)	0,37	<b>(0,41)</b>	<b>0,47</b>	
Idadismo 2	0,16 (0,00)	<b>0,92</b>	<b>(0,90)</b>	0,19	-0,07	-0,12	<b>(0,65)</b>	0,07	(0,12)	<b>0,91</b>	
Idadismo 3	0,22 (0,05)	<b>0,90</b>	<b>(0,85)</b>	0,17	-0,01	0,08	<b>(0,83)</b>	-0,08	(-0,005)	<b>0,95</b>	
Idadismo 4	<b>0,61</b>	<b>(0,54)</b>	0,14	(0,05)	0,26	0,27	<b>0,68</b>	<b>(0,56)</b>	0,13	(0,17)	0,01
Idadismo 5	<b>0,89</b>	<b>(0,69)</b>	0,10	(0,04)	0,31	0,17	<b>0,54</b>	<b>(0,94)</b>	-0,038	(-0,008)	0,40
Idadismo 6	<b>0,86</b>	<b>(0,69)</b>	0,09	(0,04)	0,35	0,18	<b>0,62</b>	<b>(0,89)</b>	-0,02	(-0,07)	0,27
Idadismo 7	<b>0,67</b>	<b>(0,69)</b>	0,16	(0,06)	0,46	0,38	<b>0,94</b>	<b>(0,67)</b>	0,06	(0,09)	-0,18
Idadismo 8	0,28	<b>(0,60)</b>	-0,03	(-0,30)	0,21	<b>0,91</b>	<b>0,61</b>	<b>(0,36)</b>	-0,02	(0,07)	-0,10

Idadismo 9	0,24 (0,60)	-0,04 (-0,31)	0,27	<b>0,92</b>	<b>0,60</b>	<b>(0,54)</b>	-0,13 (-0,06)	0,07
Idadismo 10	0,40 (0,61)	0,18 (0,18)	<b>0,78</b>	0,25	0,06 (0,14)	<b>0,60</b>	<b>(0,63)</b>	0,13
Idadismo 11	0,41 (0,65)	0,02 (0,03)	<b>0,81</b>	0,25	-0,04 (-0,10)	<b>0,95</b>	<b>(0,94)</b>	-0,07
Idadismo 12	0,28 (0,49)	0,22 (0,22)	<b>0,71</b>	0,21	0,10 (0,04)	<b>0,79</b>	<b>(0,81)</b>	-0,05
Idadismo 13	0,13 (0,27)	0,20 (0,24)	<b>0,54</b>	0,05	-0,08 (-0,01)	<b>0,59</b>	<b>(0,61)</b>	0,09

Método de Extração: Análise de Componente Principal. Método de Rotação: Promax com Normalização de Kaiser.

### Validade convergente e divergente

A tabela 6 mostra a relação entre o idadismo e vários construtos. A relação foi investigada através do coeficiente de correlação de Pearson. Foram realizadas análises preliminares para garantir a não violação dos pressupostos de normalidade, linearidade e homoscedasticidade. Há uma correlação positiva entre a variável idadismo e solidão,  $r = 0,115$ ,  $n = 353$ ,  $p = 0,003$ . Quanto à relação com a satisfação com a vida (medida pela escala de SWLS) a tabela revela-nos uma correlação negativa entre o idadismo com a satisfação,  $r = -0,172$ ,  $n = 352$ ,  $p < 0,001$ . A relação com as redes sociais, rede de amigos e de familiares, apresenta resultados semelhantes entre si,  $r = -0,271$ ,  $n = 353$ ,  $p < 0,001$ ;  $r = -0,271$ ,  $n = 353$ ,  $p < 0,001$  e  $r = -0,205$ ,  $n = 353$ ,  $p < 0,001$ , respetivamente.

**Tabela 6 - Correlação entre Idadismo, solidão, SWLS e redes sociais de familiares e amigos**

	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
<b>1. Idadismo total</b>	1	0,155**	-0,172**	-0,271**	-0,271**	-0,205**
<b>2. Solidão total</b>		1	-0,482**	-0,319**	-0,308**	-0,252**
<b>3. SWLS total</b>			1	0,332**	0,274**	0,303**
<b>4. Redes total</b>				1	0,854**	0,888**
<b>5. Redes família total</b>					1	0,518**
<b>6. Redes amigos total</b>						1

\*\* A correlação é significativa no nível 0,01 (bilateral).

## Resultados

### Estudo 2

De seguida são apresentados os resultados relativamente às características dos recursos sociais, do estado de saúde físico e mental e as correlações existentes entre a Escala

Ambivalente de Idadismo com as escalas da Solidão, satisfação com a vida e redes sociais de Lubben.

Na tabela 7 podemos observar algumas características da amostra, 63,7% dos inquiridos percecionam a sua classe social como média, 29,5% como sendo baixa e 5,1% como média alta. Na composição da amostra constata-se que 93,8% dos inquiridos não vivem sozinhos enquanto 6,2% vivem sós. O teste de independência do qui-quadrado indica que não existe associação significativa entre a idade (categorias) e a classe social  $\chi^2(4, n = 353) = 4,693, p = 0,320$ . Existe, contudo, associação significativa entre a idade (categorias) e o viver só  $\chi^2(1, n = 355) = 12,992, p < 0,001$ .

**Tabela 7 - Caracterização dos Recursos Sociais da Amostra (N = 356)**

	<60 n (%)	60 => n (%)	Total n (%)
<b>Classe</b>			
Baixa	51 (14,4)	54 (15,2)	105 (29,6)
Média Baixa	1 (0,3)	1 (0,3)	2 (0,6)
Média	132 (37,2)	94 (26,5)	226 (63,7)
Média Alta	7 (2,0)	11 (3,1)	18 (5,1)
Alta	2 (0,6)	2 (0,6)	4 (1,1)
<b>Vive</b>			
Só	3 (0,8)	18 (5,1)	21 (5,9)
Acompanhado	191 (53,8)	143 (40,3)	334 (94,1)

Na tabela 8 verificamos que 38,8% dos participantes apresenta um bom estado de saúde, 36,5% considera que não é bom nem mau, 19,9% refere que tem um estado de saúde mau. Associado ao estado de saúde, as doenças que mais prevalecem na população inquirida são a diabetes (11,9%) e a hipertensão (3,4%). Quanto à saúde emocional, 48,6% refere que se sente feliz, 29,5% nem feliz nem infeliz, 12,6% refere sentir-se muito feliz e 7,6% infeliz. No que concerne ao apoio emocional, 44,1% menciona que no último ano nunca necessitou de apoio emocional; 29,8% refere que precisou de apoio algumas vezes. O teste de independência qui-quadrado indica que existe associação significativa entre a idade

(categorias) e as seguintes variáveis: estado saúde  $\chi^2 (4, n = 356) = 57,118; p < 0,001$ , doenças diagnosticadas  $\chi^2 (1, n = 356) = 50,240; p < 0,001$ , como se sente  $\chi^2 (4, n = 356) = 25,306; p < 0,001$  e o estado emocional  $\chi^2 (3, n = 356) = 14,238; p = 0,003$ ).

**Tabela 8 - Caracterização da Saúde Física e Emocional (N=356)**

	<60 n (%)	60 => n (%)	Total n (%)
<b>Estado de Saúde</b>			
Bastante mau	0 (0,0)	3 (0,8)	3 (0,8)
Mau	16 (4,5)	37 (10,4)	53 (14,9)
Nem bom, nem mau	51 (14,3)	79 (22,2)	130 (36,5)
Bom	101 (28,4)	37 (10,4)	138 (38,8)
Bastante bom	26 (7,3)	6 (1,7)	32 (9,0)
<b>Doenças</b>			
Sim	32 (9,0)	84 (23,6)	116 (32,6)
Não	162 (45,5)	78 (21,9)	240 (67,4)
<b>Qual</b>			
Diabetes	6 (1,7)	33 (9,3)	39 (11,0)
Hipertensão	3 (0,8)	9 (2,5)	12 (3,4)
<b>Como se sente</b>			
Muito infeliz	3 (0,8)	3 (0,8)	6 (1,7)
Infeliz	13 (3,7)	14 (3,9)	27 (7,6)
Nem feliz nem infeliz	41 (11,5)	64 (18,0)	105 (29,5)
Feliz	100 (28,1)	73 (20,5)	173 (48,6)
Muito feliz	37 (10,4)	8 (2,2)	45 (12,6)
<b>Apoio Emocional</b>			
Muitas vezes	8 (2,2)	18 (5,1)	26 (7,3)
Algumas vezes	48 (13,5)	58 (16,3)	106 (29,8)
Raramente	40 (11,2)	27 (7,6)	67 (18,8)
Nunca	98 (27,5)	59 (16,6)	157 (44,1)

A tabela 9 apresenta a média, desvio-padrão e as diferenças entre os itens da escala do idadismo da nossa amostra e da amostra de referência. Os três itens que obtiveram pontuação média mais elevada são: “Mesmo que não peçam ajuda, devemos sempre oferecer ajuda às pessoas idosas”, “Mesmo que não peçam ajuda, devemos sempre ajudar as pessoas idosas com os seus sacos de compras” e “É bom falar devagar para as pessoas idosas, porque elas poderão levar algum tempo a compreender o que lhes é dito”, com uma média de 6,83 ( $DP = \pm 0,581$ ), 6,77 ( $DP = \pm 0,702$ ) e 6,20 ( $DP = \pm 1,60$ ), respetivamente. Os três itens que obtiveram menor pontuação são: “É bom dizer às pessoas idosas que são demasiado velhas para fazerem certas coisas, pois elas poderão ficar magoadas quando eventualmente falharem”, “Os idosos são um fardo para o sistema de saúde e para a economia” e “Mesmo que a queiram, as pessoas idosas não deveriam ter permissão para trabalhar, uma vez que já pagaram a sua dívida à sociedade” com uma média de 2,5 ( $DP = \pm 2,21$ ), 3,42 ( $DP = \pm 2,53$ ) e 2,72 ( $DP = \pm 2,39$ ), respetivamente. Convém realçar que os itens que obtiveram pontuações mais baixas estão parafraseados pela positiva, ou seja, não demonstram atitudes idadistas. A variável composta “idadismo total” apresenta o somatório dos treze itens que compõem a escala de idadismo. Podemos observar que a escala apresenta uma média de 4,94 ( $DP = \pm 1,03$ ). Os itens onde encontramos diferenças estatisticamente significativas foram os itens 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 e 12.

**Tabela 9 - Média, desvio-padrão e as diferenças entre os itens da escala do idadismo da nossa amostra e da amostra de referência**

<i>Itens</i>	<b>Total</b>		<b>Amostra de Referência</b>		
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t; gl; p</i>
1.	2,5	2,21	2,54	1,61	-0,316; 353; =0,753
2.	3,42	2,53	1,97	1,28	10,8; 355; <0,001
3.	3,61	2,53	2,14	1,36	10,9; 354; <0,001
4.	6,20	1,60	2,66	1,51	41,6; 355; <0,000
5.	5,46	2,15	1,96	1,28	30,6; 355; <0,001
6.	5,31	2,26	2,01	1,49	27,5; 355; <0,000
7.	6,00	1,64	2,55	1,48	39,5; 355; <0,001

8.	6,83	,581	4,28	1,62	82,8; 355; <0,001
9.	6,77	,702	3,79	1,63	80,0; 355; <0,001
10.	5,13	2,01	2,60	1,45	23,7; 355; <0,001
11.	5,61	1,91	2,67	1,50	28,9; 354; <0,001
12.	4,70	2,15	2,51	1,50	19,2; 355; <0,001
13	2,72	2,39	2,34	1,50	2,9; 355; =0,003
$\Sigma$	4,94	1,03	2,62	1,02	42,48; 352; <0,001

A tabela 10 apresenta a correlação entre os itens do idadismo e a idade tanto para a amostra total como para as pessoas que apresentam diferentes percepções de saúde (1. Bastante mau e mau; 2. Nem bom, nem mau e 3. Bom e bastante bom).

**Tabela 10 - Correlação ( $r_s$ ) entre os itens do idadismo e a idade e percepções de saúde**

Itens	Idade $N = 356$	Idade (Anos)		
		1* $n = 56$	2* $n = 130$	3* $n = 170$
1. É bom dizer às pessoas idosas que são demasiado velhas para fazerem certas coisas, pois elas poderão ficar magoadas quando eventualmente falharem.	0,048	0,024	0,055	-0,021
2. Mesmo que queiram, as pessoas idosas não deveriam ter permissão para trabalhar, uma vez que já pagaram a sua dívida à sociedade.	0,030	-0,064	-0,039	-0,042
3. Mesmo que queiram, as pessoas idosas não deveriam ter permissão para trabalhar, porque são frágeis e podem adoecer.	0,061	-0,013	-0,040	0,032
4. É bom falar devagar para as pessoas idosas, porque elas poderão levar algum tempo a compreender o que lhes é dito.	0,225**	0,048	0,115	0,239**
5. Devemos proteger os adultos mais velhos de notícias tristes, porque choram com facilidade.	0,204**	0,102	0,169	0,252**

6. As pessoas mais velhas precisam de ser protegidas das duras realidades da sociedade.	0,167**	0,051	0,187*	0,087
7. É útil repetir as coisas para as pessoas de idades, porque raramente compreendem à primeira vez.	0,219**	0,250	0,312**	0,180*
8. Mesmo que não peçam ajuda, devemos sempre oferecer ajuda às pessoas idosas.	0,124*	0,151	0,164	0,025
9. Mesmo que não peçam ajuda, devemos sempre ajudar as pessoas idosas com os seus sacos de compras.	0,166**	0,140	0,207*	0,061
10. A maioria das pessoas idosas interpreta comentários ou ações inocentes como sendo idadistas.	0,165**	0,003	0,035	0,195*
11. As pessoas idosas sentem-se ofendidas com demasiada facilidade.	0,101	-0,252	0,016	0,180*
12. As pessoas idosas exageram os problemas que têm no seu trabalho.	0,121*	-0,136	0,052	0,116
13. As pessoas idosas são um fardo para o sistema de saúde e para a economia.	0,265**	-0,165	0,173*	0,229**

Legenda: subgrupo 1. Perceção do estado de saúde como “Bastante mau e mau”; Subgrupo 2. Perceção do estado de saúde como “Nem bom, nem mau”; Subgrupo 3. Perceção do estado de saúde como “Bom e bastante bom.

A idade (anos) correlaciona-se positivamente com 9 itens do idadismo - 6 benevolentes (itens, 4, 5, 6, 7, 8 e 9) e 3 hostis (itens 10, 12 e 13). Quisemos analisar a correlação entre os itens do idadismo e a idade tendo em conta a perceção do estado de saúde. Assim verificamos que não existe associação, estatisticamente significativa, entre os diferentes itens de idadismo e a idade nas pessoas com pior perceção do estado de saúde. As pessoas que referem ter uma perceção do estado de saúde nem boa, nem má apresentam uma associação, estatisticamente significativa e positiva, entre a idade com os itens 6 (As pessoas mais velhas precisam de ser protegidas das duras realidades da sociedade), 7 (É útil repetir as coisas para as pessoas de idades, porque raramente compreendem à primeira vez), 9 (Mesmo que não peçam ajuda, devemos sempre ajudar as pessoas idosas com os seus sacos de compras) e 13 (As pessoas idosas são um fardo para o sistema de saúde e para a economia). Quanto às pessoas que referem ter uma boa perceção do estado de saúde apresentam uma associação estatisticamente significativa e positiva, com os itens 4 (É bom falar devagar para

as pessoas idosas, porque elas poderão levar algum tempo a compreender o que lhes é dito), 5 (Devemos proteger os adultos mais velhos de notícias tristes, porque choram com facilidade), 7 (É útil repetir as coisas para as pessoas de idades, porque raramente compreendem à primeira vez), 10 (A maioria das pessoas idosas interpreta comentários ou ações inocentes como sendo idadistas), 11 (As pessoas idosas sentem-se ofendidos com demasiada facilidade) e 13 (As pessoas idosas são um fardo para o sistema de saúde e para a economia). Estes resultados sugerem que quanto melhor é a perceção do estado de saúde, mais associações, estatisticamente significativas, encontramos entre o idadismo a idade.

## **DISCUSSÃO E CONCLUSÃO**

Os dados sociodemográficos da amostra revelam uma distribuição desigual quanto ao sexo indo ao encontro dos censos de 2011, em que se verifica um predomínio do sexo feminino (52,2%), em relação ao sexo masculino (47,8%). Esta desigual proporção está relacionada com os efeitos da sobremortalidade masculina (Daniel, 2011) e dos fluxos migratórios.

Considerando a distribuição por estado civil verificamos que a maioria da amostra é casada, estes dados vão ao encontro dos censos 2011 em que 46,6% da população é casada. Se dicotomizarmos as idades verificamos que grande parte dos inquiridos, ou seja, aqueles que têm menos de 60 anos não habitam sós. Apesar de a maior parte dos inquiridos não viverem sós, isso não significa que todas as situações sejam idênticas, pois os arranjos familiares são variados. Em grande parte das situações, passa-se de uma vida familiar para uma vida a dois e, após a viuvez, a uma vida a sós – uma tendência que tem vindo a acentuar-se desde há uma ou duas gerações (Aboim, 2003). Admite-se que as pessoas que habitam sozinhas, pelo menos a maior parte delas, viveram em família durante um determinado período do curso de vida, com extensões muito variadas do mesmo modo daquelas que vivem, presentemente, em família. No entanto a viuvez, é a principal causa para a vida a sós. De forma geral, o processo de envelhecimento conduz à existência de mais pessoas a viverem sozinhas e, por conseguinte, implica uma diminuição das que vivem nas famílias conjugais e nas outras situações familiares. No entanto, isso não significa que as pessoas mais velhas vivam maioritariamente sozinhas, mas sim aquelas que vivem sós tendem a aumentar em função da idade, tornando inevitável uma relação entre a vida a sós e o processo de envelhecimento. Independentemente de poder ser vivida como sentimento ou como experiência, é possível distinguir, segundo Gibson (2000), vários tipos de solidão, uns mais comuns do que outros. Pode pensar-se na solidão como um isolamento físico dos outros, que

impede que possamos encontrá-los ou interagir com eles, como acontece frequentemente com as pessoas que vivem sozinhas.

Em Portugal, segundo os dados da Pordata (2017), 47% da população portuguesa tem o ensino primário. O mesmo acontece com a nossa amostra. Recordemos que grande parte dos inquiridos tem idade avançada e é nessas idades que o nível de escolaridade é mais baixo. Esta variável é justificada pela procura otimista (início da década de 50 a meados da década de 70) que resultou de uma situação em que o crescimento das taxas de escolarização, em níveis mais elevados do que os detidos pelas gerações anteriores, se traduziu num crescimento efetivo das oportunidades sociais devido às mudanças na estrutura social e económica, em particular as resultantes do forte crescimento económico nesse período. O facto de a escolaridade obrigatória ter alargado, sucessivamente, de quatro para nove anos, associada ao aumento da procura da escolarização, faz com que se observe um decréscimo da percentagem da população apenas com o 1.º ciclo de escolaridade, passando de 33% em 1981 para 27,8% em 2001 (Sebastião e Correia, 2007). No presente estudo, o 2.º ciclo é aquele que evidencia os dados anteriormente referidos, 24,2% da amostra tem a escolaridade obrigatória.

Quanto à classe social subjetiva através da qual o inquirido se posiciona em termos de estatuto social, a maioria dos indivíduos auto classificam-se na classe média, tal como no estudo de Cabral (2013). A situação social tanto do grupo com idade inferior a 60 anos como do grupo com idade igual ou superior a 60 anos não revela diferenças estatisticamente significativas. Importa referir que a percentagem das pessoas que se auto classificam como pertencendo à classe baixa é distinta dos resultados apresentados por Cabral, que apresenta uma percentagem de 55,3% de inquiridos na classe baixa. Poderão contribuir para esta perceção os rendimentos não monetários auferidos no meio rural (autoconsumo como bens alimentares, por exemplo, ou recebimentos em géneros).

Quanto ao estado de saúde a maioria dos inquiridos refere que tem um bom estado de saúde. Existem, contudo, diferenças estatisticamente significativas quando comparamos os dois grupos etários. Como seria expectável e de acordo com a literatura sobre as desigualdades em saúde (Daniels, Kennedy & Kawachi, 2000), a avaliação que os inquiridos fazem do seu estado de saúde, tende a pior significativamente, de forma gradual, com o avançar da idade. Os inquiridos com idade igual ou superior a 60 anos são aqueles que apresentam maior número de doenças crónicas diagnosticadas, a diabetes e a hipertensão arterial. Estes dados vão ao encontro dos reportados pelo Instituto Ricardo Jorge (2015) que refere que a diabetes e a hipertensão arterial além de serem as principais doenças que afetam os portugueses, apresentam igualmente percentagens elevadas na idade avançada. A existência de pelo menos

uma doença crónica aumenta significativamente a partir dos 65 anos (Cabral, 2013). Em Portugal cerca de 44,8% dos doentes crónicos declaram ter uma doença do aparelho circulatório.

Ao analisar os resultados do estado de saúde emocional, a maioria percebe-se como feliz. Existem, contudo, diferenças estatisticamente significativas quando comparamos as duas categorias etárias. A categoria etária inferior a 60 anos apresenta melhores resultados quando comparados com os seus congéneres mais velhos. Este resultado vai em parte ao encontro de um estudo de satisfação e bem-estar da sociedade portuguesa (2015) realizado pelo Observatório da Sociedade Portuguesa da Universidade Católica de Lisboa que refere cerca de 72% dos portugueses se sentem felizes. As noções de “felicidade” e de “bem-estar” sempre estiveram associadas a uma vida satisfatória. Assim sendo, a satisfação que cada pessoa sente com a vida em geral capta uma avaliação reflexiva sobre a forma como ela se desenrola quotidianamente, permitindo, por um lado, avaliar quais as circunstâncias e as condições que são importantes para o bem-estar subjetivo e, por outro lado, ajuda a medir e a compreender a diferença entre as condições objetivas de vida que cada pessoa experiencia e a forma como avaliam essas condições (Dolan, Peasegood & White, 2008). No nosso estudo, como já referido, a percentagem relativa à perceção de felicidade é menor nas pessoas mais idosas. A literatura (Cabral, 2013) reporta que a felicidade se encontra relacionada com o estado de saúde. No nosso estudo verificamos que também são as pessoas mais idosas que apresentam um menor estado de saúde.

As relações de apoio emocional estabelecem-se não apenas por motivos negativos, como por exemplo, quando os inquiridos se sentem sozinhos ou tristes. Acontecem também por motivos positivos, como a alegria ou a felicidade proporcionada por determinadas pessoas. No presente estudo tanto a população com idade inferior a 60 anos como as de idade superior refere que não necessita de apoio emocional nos últimos doze meses. Importa frisar que grande parte dos inquiridos com idade superior ou igual a 60 anos pode contar com alguém, quando sente necessidade de ser apoiado em momentos de tristeza ou solidão. Em comparação com os dados extraídos, Cabral (2013), no seu estudo constata que este tipo de apoio está associado à existência de redes interpessoais. Em momentos de tristeza ou solidão, os inquiridos apoiam-se essencialmente nos filhos e nos cônjuges, os quais assumem um maior peso percentual nas redes predominantemente familiares, quer sejam de dimensão pequena ou grande. Também os amigos constituem uma importante fonte de apoio emocional, sobretudo para os inquiridos que possuem redes predominantemente não familiares.

Quando comparamos as diferenças da nossa amostra, com os itens da amostra de referência verificamos diferenças, estatisticamente significativas. As diferenças são reportadas tanto em itens hostis como benevolentes. Os itens hostis que apresentam uma média superior são os itens: 10 (5,13); 11 (5,61) e o item 12 (4,70). Quando comparados com a amostra de referência, percebemos que os itens 10 (2,60) e 11 (2,67) apresentam médias igualmente superiores mas não significativas. Contudo, outro dos itens com média superior é o item 1 (2,54). Relativamente aos itens benevolentes que apresentam uma percentagem mais elevada no presente estudo, são o item 4 (6,20), 8 (6,83) e 9 (6,77). Os mesmos itens são apontados na amostra de referência com sendo os mais benevolentes, embora com médias mais baixas.

Estas diferenças podem ser explicadas tendo em conta as características da amostra e ao nível cultural, uma vez que a população inquirida da amostra de referência é dos Estados Unidos da América e do Canadá.

Na análise do idadismo e a idade constatamos, associações positivas, estatisticamente significativas. Estas associações não eram por nós espectáveis, porque considerávamos que à medida que as pessoas envelhecem se tornavam mais críticas relativamente a atitudes idadistas. Na análise da associação entre os itens do idadismo e da idade, constatámos relações, estatisticamente significativas, tanto nos itens benevolentes e hostis. As pessoas que se encontram com melhor estado de saúde são as mais idadistas. Existem diversos estudos que analisaram a auto-perceção do envelhecimento e o impacto dos estereótipos na auto-perceção do envelhecimento. As pessoas idosas, tal como os jovens, também acreditam nestes estereótipos, quer positivos (maior liberdade, menos responsabilidades, respeito), quer negativos (perdas de funcionamento psicofísico, na vitalidade, na mobilidade, na forças, mudanças de aparência, perda de independência pessoais) sobre as pessoas mais velhas (Westerhof & Tulle, 2008). Os preconceitos e estereótipos em relação à velhice influenciam as crenças que as pessoas idosas têm sobre o próprio processo de envelhecimento, as suas atitudes e, conseqüentemente, podem interferir no bem-estar dos mesmos (Silva, Farias, Oliveira & Rabela, 2012). De facto, as pessoas idosas partilham da mesma veneração que a sociedade tem pela juventude. Esta veneração influencia o desempenho das pessoas idosas. Kotter-Grün e Hess (2012) examinaram quais eram os indicadores da auto-perceção de envelhecimento durante a vida adulta e testaram se os estereótipos da idade influenciavam a auto-perceção do envelhecimento. Deste estudo foi possível retirar várias conclusões. Em primeiro lugar, demonstrou que, com o aumento da idade, os participantes cada vez mais, sentiam e achavam que eram mais jovens, o que vai ao encontro da literatura (Demakakos,

Gjonca & Nazroo, 2007; Montepare, & Lachman, 1989). Em segundo lugar, os participantes mostraram-se satisfeitos com o seu processo de envelhecimento, incluindo as pessoas idosas. Em último lugar, os resultados mostraram que os estereótipos negativos afetam não só os comportamentos como também as suas avaliações. Concluiu-se que a ativação de estereótipos negativos teve efeitos negativos em diversos indicadores do auto percepção do envelhecimento. Especula-se que a antecipação das mudanças negativas relacionadas com a idade aumente o desejo de não chegar à velhice.

## REFERÊNCIAS

- Aboim, S. (2013). Evolução das estruturas domésticas. *Sociologia: Problemas e Práticas*, 43, 13-30.
- Agamben, G. (2009). *O que é o contemporâneo? E outros ensaios*. Chapecó: Argos
- Allan, K. (2008). Values and diversity in working with older people. In R. Woods, & L. Clare (Eds.). *Handbook of the clinical psychology of ageing* (2nd ed., pp. 237-254). London: Wiley. BA
- Arnold-Cathalifaud, M., Thumala, D., Urquiza, A., & Ojeda, A. (2008). Young people's images of old age in Chile: Exploratory research. *Educational Gerontology*, 34(2), 105-123.
- Ballesteros, F. (2000). In R. Fernández-Ballesteros (Dir.), *Gerontología Social* Madrid: Ediciones Pirámide, 31- 53.
- Baltes, P., & Smith, J. (2002). *New frontiers in the future of aging: from successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age*. Plenary lecture prepared for the Valencia Forum. Valencia.
- Bowling, A., Banister, D., Sutton, S., Evans, O., & Windsor, J. (2002) "A multidimensional model of the quality of life in older age" *Aging & Mental Health*. 6(4), 355-371.
- Brazão, R. (2014). *Relações familiares/Depressão dos Idosos Institucionalizados na RAM*. Universidad Miguel Hernández de Elche. Departamento de Psicología de la Salud.
- Butler, R (1980). Ageism: A foreword. *Journal of Social Issues*, New York, 36 (2).
- Butler, R. (1969). Age-Ism: Another form of Bigotry. *Gerontologist*, 9, 243-246.
- Butler, R., & Lewis, M. (1982). *Aging and mental health*. St. Louis, MO: Mosby.

- Cabral, M. (2013). *Processos de Envelhecimento em Portugal*. Fundação Francisco Manuel dos Santos: Lisboa.
- Capitanini, E. (2000). *Sentimentos de solidão, bem-estar subjetivo e relações sociais em idosas vivendo sós*. Dissertação (Mestrado em Educação). Campinas, SP: Faculdade de Educação UNICAMP.
- Cary, L., Chasteen, A., & Remedios, J. (2017). The Ambivalent Ageism Scale: Developing and Validating a Scale to Measure Benevolent and Hostile Ageism. *Gerontologist*, 2017 Apr 1;57 (2):e27-e36. doi: 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, Chaves, pp. 63-72.
- Daniel, F. (2009). Profissionalização e Qualificação da Resposta Social ‘Lar de Idosos’. *Revista Interacções*, 17, 65-80.
- Daniel, F. (2011). Sete mulheres para cada homem? Uma análise sobre relações de masculinidade. *Revista População e Sociedade*, 19, 157-167.
- Daniel, F., Antunes, A., & Amaral, I. (2015). Representações Sociais da Velhice. *Análise Psicológica*, 33(3). <http://dx.doi.org/10.14417/ap.972>
- Daniel, F., Caetano, E., Monteiro, R., & Amaral, I. (2016). Representações sociais do envelhecimento ativo num olhar genderizado. *Análise Psicológica*, 34(4). <https://doi.org/10.14417/ap.1020>
- Daniel, F., Monteiro, R., & Ferreira, J. (2016). Cartografia da oferta pública e privada de serviços dirigidos à população idosa em Portugal. *Serviço Social & Sociedade*, 2(126), 235–261. <http://doi.org/10.1590/0101-6628.067>
- Daniel, F., Simões, T. & Monteiro R. (2012). Representações sociais do “envelhecer no masculino” e do “envelhecer no feminino”. *Revista Ex Aequo*, 26, 13-26.
- Daniels, N., Kennedy, B., Kawachi, I. (2000). *In Inequity Bad for Our Health?* Boston. Baecon Press.
- Demakakos, P., Gjonca, E., & Nazroo, J. (2007). *Age identity, age perceptions, and health: Evidence from the English longitudinal study of ageing*. *Annals of the New York Academy of Sciences*, (1114), 279-287. doi: 10.1196/annals.1396.021
- Dessen, A., Braz, P. (2000). "Rede social de apoio durante transições familiares decorrentes do nascimento dos filhos". *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, set./dez, vol.16, no.3, p.221-231.

- Dias, I., Rodrigues, E. (2012). “Demografia e sociologia do envelhecimento”, in Paúl, Constança e Ribeiro, Óscar. (Coord.), Manual de Gerontologia: aspetos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento. Lisboa: Lidel, pp. 179-201.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95, 542-575. 53
- Diener, E., Emmons, R., Larsen, R., Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.
- [Dolan, P., Peasgood, T., White, M. \(2008\). Do we really know what makes us happy. A review of the economic literature on the factors associated with subjective well-being, in \*Journal of Economic Psychology\*, 29, pp.94-122.](#)
- Eurostat (2012). *Active Ageing and Solidarity between Generations*. A Statistical portrait of the European Union 2012. European Commission. Disponível em [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY\\_OFFPUB/KS-EP-11-001/EN/KS-EP-11-001-EN.PDF](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-EP-11-001/EN/KS-EP-11-001-EN.PDF)
- Ferrans, C., Power, M. (1992). Psychometric assessment of quality of life index. *Rev Nurse Health*.15:29-38.
- Ferreira, J., Ferreira, R. Avaliação da discriminação social de pessoas idosas em Portugal. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, Portugal, 6(1), p. 65-77, jan., 2006.
- Fonseca, A.M. (2012). Desenvolvimento psicológico e processo de transição-adaptação no decurso do envelhecimento. In C. Paúl, & O. Ribeiro, Manual de Gerontologia (p.95-106). Lisboa: Lidel.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do Envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Gellis, D., Sherman, S., Lawrance, F. (2003) First year graduate social work students’ knowledge of and attitude toward older adults. *Educational Gerontology*, 29(1), 1-1
- Gibson, B. (2000). *Loneliness in Later Life*. Londres. Macmillan Press.
- Goldani, A. (2010). “Ageism” in Brazil: what is it? Who does it? What to do with it? *Revista Brasileira de Estudos de População*, São Paulo, v, 27, n. 2, jul./dez.
- Greenberg, J., Schimel, J., Martens, A. (2002). *Ageism: Denying the Face of the Future*, Nelson, Tod (Ed.), Ageism: Stereotyping and Prejudice Against Older Persons, Boston, MIT Press.
- Health Service Executive (2009). Open Your Eyes. *HSE Elder Abuse Service Developments 2008*. Health Service Executive, Dublin.

- Hoeman, S. (2000). *Enfermagem de reabilitação: aplicação e processos*. 2ª ed. Lisboa: Lusociência, 2000. ISBN 972-8383-13-4.
- Hughes, M., Waite, L., Hawley., Cacioppo, J. (2008). *A Short Scale for Measuring Loneliness in large Surveys: results from two population-based studies*. *Research on aging*, 26, 655-672.
- Instituto Ricardo Jorge. (2015). *Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico: Estado de Saúde dos Portugueses em 2015-Relatório*.
- Kahn, R., Antonucci, T. (1980). Convoys over the life course: attachment, roles, and social support. Baltes, B. e Brim, O. (eds.). *Life span development and behavior*. New York: Academic Press, vol.3, pp. 253 - 283, 1980.
- Kahn, S., Antonucci, C. (1980). "Convoys over the life course: attachment, roles, and social support". In: Baltes, B., Brim, G. (eds.). *Life span development and behavior*. New York: Academic Press, vol.3, pp. 253 - 283, 1980.
- Kalache, A. Veras, R. P., & Ramos, L. R.. (1987). O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. *Revista de Saúde Pública*, 21(3), 200-210. <https://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101987000300005>
- Kite, E., Stockdale, D., Whitley, E., & Johnson, T. (2005). Attitudes toward younger and older adults: An updated meta-analytic review. *Journal of Social Issues*, 61(2), 241-266.
- Kotter-Grün, D., & Hess, T. (2012). The impact of age stereotypes on Self-perceptions of aging across the adult lifespan. *The Journal of Gerontology Series: Psychological Sciences and Social Sciences*, 67(5), 563-571
- Levy., Becca., Banaji., & Mahzarin. (2002). *Implicit ageism*, Nelson, Tod (Ed.), *Ageism: Stereotyping and Prejudice Against Older Persons*, Boston, MIT Press.
- Magalhães., Pires, C., Fernandes, A., Antão, C., & Anes, E. (2010). Repercussão dos Estereótipos sobre as Pessoas Idosas. *Revista Transdisciplinar de Gerontologia*, Porto, v. 3, n. 2, p. 7-16, fev./jul. 2010.
- Marques, S. (2011). *"Discriminação da Terceira Idade"*. Fundação Francisco Manuel dos Santos: Lisboa.
- Mendes, M. & Oliveira, I. (2010). A diferença de esperança de vida entre homens e mulheres: Portugal de 1940 a 2007, *Análise Social*, 45 (194).
- Montepare, M. & Lachman, E. (1989). 'You're only as old as you feel': Selfperceptions of age, fears of aging, and life satisfaction from adolescence to old age. *Psychology and Aging*, 4(1), 73-78. doi:10.1037/0882-7974.4.1.73

- Musaiger, O., & D'Souza, R. (2009). *Role of age and gender in the perception of aging: A community-based survey in Kuwait*. *Archives of Gerontology & Geriatrics*, 48 (1), 50-57.
- Observatório da Sociedade Portuguesa da Universidade Católica de Lisboa (2015). Retrieved from: <http://www.ver.pt/estaraos-portugueses-felizes/>
- Palmore, E. (1999). *Ageism. Negative and Positive* (2.<sup>a</sup> ed.) New York: Springer Publishing Company, inc.
- Palmore, E. (2001). The ageism survey: first findings. *The Gerontologist*, Oxford, v. 41, n. 5, p. 572-575, Oct. 2001.
- Papalia, E., & Olds, W. (2000). *Desenvolvimento humano*. 7a. Ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Paschoal SMP. (1996). Autonomia e independência. In: Papaléo Neto M, editor. *Gerontologia*. São Paulo: Atheneo; 1996. p. 313-23.
- [Pestana](#), M., [Gageiro](#), J. (2008). *Análise de dados para Ciências Sociais: a complementaridade do SPSS*. Ed: 5. Silabo.
- Pordata. (2015). Base de Dados Portugal Contemporâneo. Retrieved from: [https://www.pordata.pt/Portugal/Esperanca+de+vida+a+nascenca+total+e+por+sexo+\(base+triennio+a+partir+de+2001\)-418](https://www.pordata.pt/Portugal/Esperanca+de+vida+a+nascenca+total+e+por+sexo+(base+triennio+a+partir+de+2001)-418).
- Pordata. (2015). Base de Dados Portugal Contemporâneo. Retrieved from: <https://www.pordata.pt/Portugal/Populacao+residente+segundo+os+Censos+total+e+por+estado+civil+-17>
- Pordata. (2017). Base de Dados Portugal Contemporâneo. Retrieved from: <https://www.pordata.pt/Portugal/Populacao+ativa+total+e+por+nivell+de+escolaridade+completo-1008>
- Ribeiro, O., Teixeira, L., Duarte, N., Azevedo, M., Araújo, L., Barbosa, S., & Paúl, C. (2012) *Escala Breve de Redes Sociais de Lubben (LSNS-6). Portuguese version of the abbreviated Lubben Social Network Scale (LSNS-6)*.
- Rosa, M. (2012). *O envelhecimento da Sociedade Portuguesa*. Fundação Francisco Manuel dos Santos: Lisboa.
- Santos, S., Barlem, E., Silva, B., Cestari, M., & Lunardi., V. (2008) “Promoção da saúde da pessoa idosa: compromisso da enfermagem gerontogeriatrica” *Acta Paul Enferm.* 21 (4), 649-653
- Sebastião, J. & Correia, S. (2007). A Democratização do Ensino em Portugal.

- Silva, L., Farias, L., Oliveira, T., & Rabelo, D. (2012). Atitude de idosos em relação à velhice e bem-estar psicológico. *Revista Kairós Gerontologia* 15 (3), 119-140.
- Sousa, A., Lodovici, F., Silveira, N., & Arantes R. (2014). Alguns apontamentos sobre o Idadismo de pessoas idosas diante desse agrava à sua Subjetividade. *Estudos Interdisciplinares de Envelhecimento*, Porto Alegre, v. 19, n. 3, p. 853-877, 2014
- Squire. A. (2002). *Saúde e Bem-Estar para Pessoas Idosas: Fundamentos Básicos para a Prática*. Loures: Lusociência.
- Tan, P., Zhang, H., & Fan, L. (2004). Students' attitudes toward the elderly in the People's Republic of China. *Educational Gerontology*, 30(4), 305-314.
- Thompson, N. (1995). *Age and Dignity: Working with Older People*. Arena, London.
- Tortosa, M., & Motte, M. (2002). *Envejecimiento Social*. In J. M. Tortosa (ed.), *Psicología del Envejecimiento*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Webster's new collegiate dictionary*. (1994). Springfield, MA: Merriam-Webster.
- Westerhof, G., & Tulle, E. (2008). Meanings of ageing and old age: Discursive contexts, social attitudes and personal identities. In J. Bonde, S. Peace, F. Dittmann-Kohli & G. Westerhof (Eds), *Ageing in Society* (pp- 235-254). London: Sage.
- World Values Survey (2016)*. . However, WHO only analysed the survey and has no relationship with it.
- Zamberini, B., Moraru, M., Hanna, M., Kalache, A., Macias & Nunez, J. (2008) Attitudes toward the elderly among students of health care related studies at the University of Salamanca, Spain. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 28(2), 86-90.