



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
PORTUGUESA

BRAGA

Papel preditivo dos estereótipos negativos sobre o
envelhecimento na autoperceção do envelhecimento em
adultos mais velhos institucionalizados e não
institucionalizados

Dissertação de Mestrado apresentada à
Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em **Psicologia
Clínica e da Saúde**.

Eduarda Isabel Lima Oliveira

Faculdade de Filosofia e Ciências Sociais

DEZEMBRO 2021



CATÓLICA

FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS SOCIAIS

BRAGA

Papel preditivo dos estereótipos negativos sobre o envelhecimento na autoperceção do envelhecimento em adultos mais velhos institucionalizados e não institucionalizados

Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em **Psicologia Clínica e da Saúde**.

Eduarda Isabel Lima Oliveira

Sob a Orientação da Prof.^a Doutora **Berta Maria Marinho Rodrigues Maia**

Agradecimentos

À Professora Doutora Berta Maia, por ter elevado a palavra "obrigado" a outro patamar, pelo exercício exímio da sua profissão e pela orientação, incentivo e disponibilidade no decurso deste processo.

Aos meus pais e irmãos, por contribuírem para a consecução desta dissertação e para que a mesma passasse das ideias ao plano prático. Traduzem o verdadeiro significado de apoio incondicional.

Aos meus avós, incansáveis neste percurso, sem os quais a riqueza de pensamento transmitida não se teria concretizado.

Aos meus amigos e primos, que ininterruptamente sublinharam a importância da presente dissertação, evitando que eu fosse vencida pelas frustrações e desânimo.

A todos aqueles que, de alguma forma ou de outra, contribuíram direta ou indiretamente para este trabalho e que tanto me ensinaram.

Resumo

Introdução: A adultez tardia, enquanto etapa culturalmente organizada, consagra-se como a grande fase da vida por excelência. Não obstante, o facto de subsistir uma ordem social "adultocêntrica" faz com que esteja em voga um mundo abrangível por estereótipias, projetando sobre a adultez tardia uma representação social gerontofóbica, impactando as autopercepções sobre o envelhecimento. *Objetivos:* Explorar o papel preditivo dos estereótipos negativos do envelhecimento sobre a autopercepção do mesmo em adultos mais velhos e a relação entre estes e variáveis sociodemográficas e contextuais. *Amostra:* A amostra foi constituída por 242 adultos mais velhos portugueses, institucionalizados e não institucionalizados, com idade igual ou superior a 65 anos, que preencheram um questionário sociodemográfico, o Questionário de Estereótipos Negativos sobre o Envelhecimento e o Questionário sobre Percepções de Envelhecimento. *Resultados:* Encontraram-se correlações estatisticamente significativas entre estereótipos negativos e autopercepções do envelhecimento, bem como um papel preditivo dos estereótipos negativos na autopercepção negativa. Por sua vez, estas são mais prevalentes entre o sexo feminino, em indivíduos que residem em meio rural, em sujeitos institucionalizados e que não possuem formação na área do envelhecimento. Esta tendência também se revelou em quem apresenta pouco contacto intergeracional, uma pior percepção de saúde, nos adultos mais velhos com idade superior a 75 anos, nos indivíduos que possuem uma percepção de início precoce desta etapa, nos não alfabetizados, nos polimedicados e nos que não prestam cuidados informais. *Conclusões:* Subentende-se a necessidade de implementar intervenções direccionadas à promoção de crenças positivas referentes ao envelhecimento, assim como uma reeducação acerca dos processos inerentes a esta etapa do ciclo vital.

Palavras-chave: adultez tardia, adultos mais velhos, autopercepções, envelhecimento, estereótipos negativos, institucionalizados, não institucionalizados

Abstract

Introduction: Late adulthood, as a culturally organized stage, is recognized as the great stage of life par excellence. Nevertheless, the fact that an "adult-centric" social order persists means that a world encompassed by stereotypes is in vogue, projecting a gerontophobic social representation on late adulthood, impacting self-perceptions about aging. Nevertheless, the fact that an "adultocentric" social order subsists makes a world encompassed by stereotypes that translate social representations about the typical traits of a group, category or social class, projecting a gerontophobic social representation onto late adulthood, impacting self-perceptions about aging itself. *Objectives:* To explore the predictive role of negative stereotypes of aging on self-perception of aging in older adults and the relationship between these and sociodemographic and contextual variables. *Sample:* The sample consisted of 242 portuguese older adults, aged 65 or over, who completed a sociodemographic questionnaire, the Negative Stereotypes Towards Aging Questionnaire and the Aging Perceptions Questionnaire. *Results:* Statistically significant correlations were found between negative stereotypes and self-perceptions of aging, as well as a predictive role of negative stereotypes in negative self-perception. In turn, these are more prevalent among females, individuals living in rural areas, institutionalized subjects and those who do not have training in the area of aging. This trend was also revealed in those who have little intergenerational contact, a worse perception of health, in older adults aged over 75 years, in individuals who have a perception of early onset of this stage, in the illiterate, in polymedicated and in those who do not provide informal care. *Conclusions:* It is understood the need to implement interventions aimed at promoting positive beliefs regarding aging, as well as re-education about the processes inherent to this stage of the life cycle.

Keywords: late adulthood, older adults, self-perceptions, aging, negative stereotypes, institutionalized, non-institutionalized

Índice

Enquadramento teórico	10
A adultez tardia/envelhecimento	10
Estereótipos negativos associados à adultez tardia	12
Teoria da incorporação do estereótipo (<i>Stereotype embodiment theory</i>)	19
Autoperceções sobre o envelhecimento	20
Modelo de Autorregulação	25
Metodologia.....	27
1. Objetivos.....	27
2. Hipóteses.....	27
3. Desenho do estudo/plano de investigação	28
4. Amostra.....	29
5. Procedimentos.....	32
6. Medidas e Instrumentos.....	33
7. Análise estatística	38
8. Resultados	38
9. Discussão dos resultados	61
Conclusão	75
Referências Bibliográficas	78

Índice de anexos

Anexo A - Requerimento para utilização do Questionário sobre Percepções de Envelhecimento (QPE).....	93
Anexo B - Formulário de Consentimento	94
Anexo C - Questionário Sociodemográfico	95
Anexo D - Questionário de Estereótipos Negativos sobre o Envelhecimento (CENVE)	97
Anexo E - Cronograma	98

Introdução

A dimensão existencial humana, em geral, e a experiência imperativa de ser-se pessoa, em particular, circunscrevem-se a uma permuta recíproca entre a dimensão psicofísica e as contingências provenientes do contexto sociocultural. Sobreponíveis ao verbo "envelhecer" estão patentes um conjunto de vicissitudes que desafiam o ajustamento preexistente entre o indivíduo e a sua natureza eminentemente social, evocando uma série de adaptações individuais face à ocorrência de mudanças no *self* e uma crescente reorganização interna. Neste contexto, infere-se que o processo de envelhecimento integra um domínio de ordem superior no âmbito da Psicologia. Quando se tem em consideração somente a idade cronológica, está-se a discorrer, precedentemente, apenas a respeito da passagem do tempo sob o aspeto numérico. Em regra, a idade cronológica não se configura no único aspeto destinado a mensurar o processo supramencionado nem a sua casualidade incide em algo cabalmente externo ao controlo pessoal, sendo este uma interação de fatores complexos que evidenciam uma influência variável sobre o indivíduo e que podem coadjuvar na intercorrência das adversidades subjacentes ao decurso da existência. Biologicamente, os eventos sobrevêm ao longo de certo período, mas não imperiosamente o tempo é a causa dos mesmos, tendo se ser encarados nos seus vários domínios num continuum (Schneider & Irigaray, 2008). No presente estudo o termo que se vale de preeminência é "adulto mais velho" pois aqui estanca a antítese dos estereótipos negativos e autoperceções que tipificam a adultez tardia.

Os resultados dos Censos de 2011 (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2011) referenciam que cerca de 19% da população residente em Portugal integra a categoria dos adultos mais velhos, com idade equivalente ou superior a 65 anos, consubstanciando que hoje não é algo sobre o qual se possa discorrer lateralmente. Mas e se o medo de envelhecer servir de eco para os próprios pensamentos e autoperceções? A reconhecimento dos estereótipos negativos produz os mais odiosos cenários, projetando sobre os adultos mais velhos uma representação social gerontofóbica que contribui para a imagem que estes possuem de si próprios, bem como das condições e circunstâncias que envolvem esta etapa (Martins & Rodrigues, 2004). Assim, o estereótipo reflete precisamente uma perceção amplamente simplificada e frequentemente com ausência de matrizes (Martins & Rodrigues, 2004) que pode ser internalizado e reforçado ao longo da vida, convertendo-se em crenças, expectativas e autoperceções sobre o envelhecimento (Fiske & Tablante, 2015; Helmes & Pachana, 2016; Sargent-Cox,

2017) e que atuam como uma lente através da qual as experiências de envelhecimento são interpretadas (Levy, 2009).

Assim, a consecução do presente estudo e o sistema de ideias contido no corpo textual do mesmo aduzem que a estereotipia etária apresenta uma relação contígua e de reciprocidade relativamente à autoperceção do próprio envelhecimento, tornando este tópico imperativo. Neste sentido, e atendendo à estrutura do presente trabalho, pretende-se, no primeiro tópico, obter uma compreensão consubstanciada acerca dos estereótipos e autoperceções do envelhecimento e minudências inerentes, bem como, partindo desta premissa, criar alguns nexos e hipóteses. Subsequentemente, o segundo tópico ocupa-se do estudo empírico onde serão estipulados os objetivos, a metodologia empregue e os resultados, pretendendo-se explorar o impacto e a relação entre os estereótipos e as autoperceções, assim como diferenças em função de variáveis sociodemográficas. A última parte deste trabalho reporta-se à discussão de resultados e à conclusão, ou seja, a um processo integrador de âmbito reflexivo e a uma breve síntese relativamente ao trabalho efetuado.

Enquadramento teórico

A adultez tardia/envelhecimento

Inequivocamente, quando se disserta acerca do envelhecimento e/ou do adulto mais velho aborda-se, antes de mais, uma questão demográfica momentosa (Oliveira et al., 2006) e um problema estrutural social pujante (Villas-Boas et al., 2017; Silva et al., 2021). As pessoas, atualmente, vivem mais tempo e com maior qualidade de vida; pela primeira vez na história da humanidade coexistem no mesmo espaço temporal cinco a seis gerações (Villas-Boas et al., 2017). Por conveniência de argumento, Paúl e Fonseca (2005) referem que é porque se trabalha com adultos mais velhos ou porque se está ligado por afetos aos mesmos, e porque todos querem ter o privilégio de envelhecer, que este assunto se tornou primacial. A sociedade mundial depara-se, assim, com um problema de significativa amplitude e com implicações transversais para o qual a solução é ainda escassa: o envelhecimento demográfico (INE, 2011; Oliveira et al., 2021) que, como muitos demógrafos e outros teóricos conjecturaram, evidenciará desafios sem precedentes (Zanatta et al., 2021). De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2015), o envelhecimento da população e a inversão da pirâmide etária subsidiam desafios factualmente substantivos que se reputam de excepcional importância para todas as sociedades, com repercussões nas diversas esferas da existência humana. Em 2018, quase um quinto (19%) da população da UE tinha 65 anos ou mais (Eurostat, 2019). De modo análogo, as previsões do *Eurostat* para Portugal superam estes números, prevendo-se que nessa altura quase metade da população portuguesa (47.1%) tenha cerca de 55 anos (Eurostat, 2019). Tem-se vindo a presenciar, com ênfase primária, ao aumento do Índice de Envelhecimento, existindo 127.8 pessoas com 65 ou mais anos, por cada 100 crianças até aos 14 anos de idade (INE, 2013), sendo que no ano de 2018, a média dos portugueses tinha cerca de 45 anos, tendo 21.5% mais de 65 anos (Eurostat, 2019). Assim, devido ao "envelhecimento da sociedade" ("*graying of society*"), os países europeus e norte-americanos têm envidado esforços significativos em investigações que se subordinem ao desenvolvimento da saúde e de intervenções que promovam o bem-estar dos adultos mais velhos (Fernández-Ballesteros, 2007).

O envelhecimento é o resultado vital e parte integrante do próprio desenvolvimento do indivíduo. O significante "envelhecer" possui étimo latino, derivando de *vetulu*, de *vetus* cujo significado se reporta a "antigo", "idoso" ou "remoto" (Costa, 1998). Neste enquadramento, a adultez tardia, enquanto fase do ciclo vital, deve ser discernida na sua totalidade uma vez que é, concomitantemente, um fenómeno

biológico com consequências de foro psicológico (Beauvoir, 1990). Dessarte, atribuir sentido à diferenciação desta fase, bem como refletir acerca do significado do envelhecimento por intermédio dos relatos dos adultos mais velhos, provavelmente, seja um caminho para depreender o significado real da adultez tardia. A direção e a extensão dessas transformações devem ser pensadas considerando o todo da pessoa, o que ela sempre foi, antes desse processo (Freitas et al., 2010). Nesta linha de reflexão, investigar a adultez tardia é lançar um desafio de consciência à moral social que tanto hostiliza e rejeita o adulto mais velho (Papaléu-Netto & Ponte, 2002).

O envelhecimento encontra-se vinculado a um conjunto de alterações biológicas, psicológicas e sociais, pelo que é crítico delimitar uma data a partir da qual se possam considerar as pessoas como sendo "velho", uma vez que carece de consenso quanto à semântica dos vocábulos "idoso" e "velho" (Sequeira, 2010). No olhar demográfico, a adultez tardia está focalizada, prioritariamente, pelos limites numéricos, sendo que a Gerontologia reconhece a idade dos 60 aos 65 como a idade limiar para a emergência do envelhecimento. Imaginário (2004) refere que há autores que dividem o grupo dos adultos mais velhos em três categorias cronológicas: entre os 65 e os 74 anos encontram-se os "idosos jovens"; entre os 75 e os 84 anos, o "idoso velho"; e, por fim, o "idoso muito velho" dos 85 anos de idade em diante. Mais se evidencia que os adultos mais velhos que se encontram no espectro etário dos 100 aos 109 anos intitulam-se de centenários e os que possuem idade igual ou superior a 110 designam-se de super centenários. Nesta classificação identitária, a adultez tardia é desnaturalizada como realidade biológica intratável, para se converter, simultaneamente, o meio e o fim de uma construção de índole social (Bourdieu, 1980). Atualmente proliferam investigações que consolidam categoricamente o envelhecimento como um processo mutável e que pode ser alvo de precipitação, redução, e até mesmo reversão, encontrando-se muito mais subordinado ao ser humano do que alguma vez se considerou (Santos, 2011). Presentemente, constata-se uma mudança na maneira de encarar o envelhecimento, tendo emergido concepções positivas, designadamente "Processo de otimização seletiva com compensação" (Baltes & Baltes, 1990), "Seletividade socioemocional" de Carstensen (1991, 1992), e "Envelhecimento bem-sucedido", apresentado por Rowe e Kahn (1999), que compreendem o processo de envelhecimento enquanto experiência positiva, abarcando crescimento e desenvolvimento e não meramente declínio (Steverink et al., 2001). A perspetiva atual é uma perspetiva de curso de vida, enunciada de *life span*, ou seja, preocupação de descrever, explicar e modificar, no sentido da

otimização, o processo de desenvolvimento, ao longo de todo o curso de vida humana (Kornadt et al., 2019; Lindenberger, et al., 2015; Neri, 2006; VandenBos, 1998). É peremptório referir que Fernández-Ballesteros (2009) sublinha que quem viu um velho, viu apenas um só velho; o grupo dos adultos mais velhos é o mais heterogêneo de todos posto que cada indivíduo acumulou um maior número de experiências não-normativas que o diferencia necessariamente dos outros (Kornadt & Rothermund, 2015; Wahl & Gerstorf, 2018). Em síntese, a perspectiva que poderá ser transposta para o presente trabalho, é, então, gerontocrática, afastando-se de uma gerontofobia que ainda adquire contornos significativos.

Estereótipos negativos associados à adultez tardia

Tradicionalmente, as investigações a respeito de estereótipos etários concentravam-se nos direcionadores (ou seja, adultos mais jovens) e não nos alvos (isto é, adultos mais velhos). No entanto, mais recentemente a pesquisa foi reorientada para os alvos. O facto da Geriatria ter emergido precedentemente à Gerontologia tendeu a rotular de doença os problemas vivenciados pelos adultos mais velhos, atribuindo-lhes etiologias biológicas e/ou psicológicas individuais, subestimando as dimensões social e política da questão da adultez tardia, homogeneizando-a por determinados estereótipos (Santos, 2011). Todavia, impõe-se a reserva de que a Gerontologia se eleva acima do tradicional reducionismo da adultez tardia subordinada por decrepitude e afeição, sendo que o seu sujeito científico abrange o envelhecimento primário (causado pela idade), o envelhecimento secundário (ocasionado pela doença) e as suas diferenças intra e inter individuais (Birren, 1996).

Butler (1969) teceu algumas declarações quando acusou os profissionais de saúde de promover estereótipos ao cunhar o conceito de "idadismo" como o processo de discriminação contra os adultos mais velhos como consequência da estereotipia sistemática. Visões negativas do envelhecimento possuem uma repercussão perversa na sociedade porque exacerbam crenças negativas e visões negativas nos níveis macro e micro, ameaçam indivíduos e grupos e agem como profecias autorrealizáveis durante o envelhecimento (Levy & Langer, 1994) e as respostas sociais a essas imagens vão do niilismo ao paternalismo. Efetivamente, todas estas suposições advêm de uma das mais extensas teorias sociológicas da Gerontologia: a teoria do afastamento (Fernández-Ballesteros, 2008). Neste âmbito, a tendência contemporânea passa por rever os estereótipos vinculados ao envelhecimento (Freitas et al., 2010).

A Teoria das Representações Sociais emergiu com os estudos de Moscovici na década de 60, enfatizando a indissociação entre o individual e o social, fundando um novo campo de ação que estaria na interseção desses dois: a psicossociologia, a qual significa uma forma de conhecimento prático, que funciona como mediadora entre sujeito e objeto, no contexto sociointeracional. As representações sociais compreendem um sistema de interpretação da realidade constituído por processos sociocognitivos com implicações nas relações dos indivíduos com o mundo, nas suas condutas e nos seus comportamentos no meio social (Herzlich, 2005). O mundo social e humano, incertamente se nos apresenta, na sua crua realidade objetiva e objetual, sem possuir adjetivações (frequentemente estereotipadas), uma vez que o estereótipo se traduz precisamente numa perceção amplamente simplificada e comumente com ausência de matrizes (Martins & Rodrigues, 2004). Na medida em que o conhecimento humano não é capaz de ser sempre complexo, flexível e crítico, é viável referir que se tende a cair no estereótipo irrefletidamente (Castro et al., 1999). O jornalista Lippmann (1922), que inseriu o termo "estereótipo" no discurso científico no seu livro *Public Opinion*, caracterizou os estereótipos como "fotos nas nossas cabeças". Estes circunscrevem-se a uma representação social acerca dos traços típicos de um grupo, categoria ou classe social (Ayesteran & Páez, 1987, citado em Martins & Rodrigues, 2004; Fiske & Tablante, 2015; Helmes & Pachana, 2016; Nadler & Voyles, 2020), configurando-se por um modelo lógico cujo teor passa por solucionar uma contradição da vida quotidiana, servindo sobretudo para dominar o real; de outro modo, reporta-se a um "chavão", uma opinião formada, uma fórmula banal desprovida de qualquer originalidade, sendo uma "generalização" e hipersimplificação de crenças, podendo ser de natureza positiva ("todos os adultos mais velhos são prudentes") ou negativa ("todos os adultos mais velhos são senis"). Contudo, também detém um papel ativo no não reconhecimento da unicidade do indivíduo, na não reciprocidade, na não duplicidade e no despotismo em determinadas situações (Martins & Rodrigues, 2004). A literatura científica que versa sobre os estereótipos é irrefutavelmente prolixa, pelo facto de se tratar de um conceito multiunívoco (Martins & Rodrigues, 2004). Existe uma extensa rede semântica de estereótipos atinentes à idade, onde se aglomeram diferentes conceitos e as suas medidas: estereótipos pessoais, autoestereótipos e autoperceção do envelhecimento. O estereótipo de envelhecimento é um conceito amplo definido como um cliché empregue para caraterizar os adultos mais velhos, mas engloba uma rede de construtos que não foram bem diferenciados: estereótipos culturais (atribuídos a uma determinada cultura,

país, comunidade); estereótipos pessoais (remete-se ao próprio); e autopercepção do envelhecimento (quando um indivíduo se retrata a si mesmo e ao processo de envelhecimento; Fernández-Ballesteros et al., 2017).

Socialmente, e no caso dos adultos mais velhos, a reconção dos estereótipos projeta sobre a idade tardia uma representação social gerontofóbica que contribui para a imagem que estes possuem de si próprios. As experiências de estigma etário podem variar desde benevolentes, nas quais os adultos mais velhos recebem ajuda indesejada, a mais hostis, nas quais enfrentam rejeição, oscilando num continuum (Chasteen & Lindsey, 2015). O "Ancianismo", enquanto conceito gerontológico, ilustra uma estereotipia de discriminação sistemática relativamente às pessoas por serem "velhas" (Staab & Hodges, 1998). Assim, em virtude desta diversidade de conceitos, torna-se categórico clarificar a existência de mitos (construção do espírito que não se fundamenta na realidade, constituindo uma representação simbólica); crenças (conjunto de informações sobre um assunto ou pessoas, determinante das intenções e comportamentos, constituindo-se a partir das informações que se recebem); e atitudes (conjunto de juízos que se desenvolvem a partir das experiências e da informação que se possui das pessoas ou grupos, podendo ser favorável ou desfavorável e podendo influenciar comportamentos; Berger, 1995; Castro et al., 1999). Um estudo elaborado na Universidade de Montreal (Champagne e Frennet, citado em Magalhães, 2010) permitiu identificar e elencar catorze estereótipos como os mais frequentes relativos aos adultos mais velhos e que ilustram discriminação etária, citando-se a este exemplo: "os adultos mais velhos não são sociáveis e não gostam de se reunir"; "divertem-se e gostam de rir"; "temem o futuro"; "gostam de jogar às cartas e outros jogos"; "gostam de conversar e contar as suas recordações"; "gostam do apoio dos filhos"; "são pessoas doentes que tomam muita medicação"; "fazem raciocínios senis"; "não se preocupam com a sua aparência"; "são muito religiosos e praticantes"; "são muito sensíveis e inseguros"; "não se interessam pela sexualidade"; "são frágeis para fazer exercício físico"; e "são na grande maioria pobres", corroborando de modo consubstanciado que a maioria se encontram associados não a características inerentes ao envelhecimento, mas a traços da personalidade e a fatores socioeconómicos (Martins & Rodrigues, 2004).

Neste domínio, ressalta-se, ainda, o "automorfismo social" (não reconhecimento da unicidade do adulto mais velho), a "gerontofobia" (medo irracional de tudo ao que se relaciona com o envelhecimento e idade tardia) e a infantilização ou "*bebeísmo*" (atitude que se manifesta essencialmente pelo tratamento por "tu", pela simplificação

demasiada das atividades sociais e/ou recreativas e pela organização de programas de atividades que não são concernentes com as necessidades dos indivíduos; Berger, 1995). O idadismo é a discriminação contra o seu futuro "eu". A literatura também menciona que o "idadismo" é diferente de outros 'ismos'. Como com outros 'ismos', como racismo e sexismo, o envelhecimento leva a intolerância e discriminação, embora seja muito distinto, pois, na maioria das vezes, outros 'ismos' reportam-se àqueles distintos de nós mesmos e aos quais não se está subserviente, mutuamente exclusivos e impermeáveis. O idadismo e as atitudes negativas podem influenciar substancialmente o potencial de envelhecimento saudável e ativo (Nelson, 2016; Rippon et al., 2014), premissa no âmbito da Psicogerontologia.

No plano empírico, solidificou-se que estereótipos referentes ao envelhecimento predizem saúde, doença e outros resultados comportamentais numa fase mais tardia na vida, podendo prejudicar a sua saúde, reduzir a autonomia, a independência e a qualidade de vida (Nadler & Voyles, 2020; Swift et al., 2017). Para os que aceitam e incorporam estes estereótipos, a autoperceção negativa do seu processo de envelhecimento pode prejudicá-los (Lamont et al., 2015; Sánchez et al., 2009). Vários são os estudos e aportes teóricos que afirmaram diferenças individuais e em relação aos preditores demográficos no que concerne ao idadismo. Relativamente às diferenças entre sexos, os estudos asseveraram que os homens apresentam níveis mais elevados de atitudes etárias em referência às mulheres (Allan & Johnson, 2009; Allan et al., 2014; Bodner et al., 2012). Várias investigações endossaram uma ameaça clara e direta à cognição dos adultos mais velhos quando acreditam e incorporam esses estereótipos negativos (Marquet et al., 2016; Nelson, 2016). As crenças nos estereótipos, quer sejam entendidas consciente ou inconscientemente, podem operar mediante vários mecanismos, como aumento da ansiedade e adoção de uma atitude vigilante (Marquet et al., 2016). Também de máxima relevância encontram-se estudos que revelam que a vontade de viver diminui e os adultos mais velhos estão menos interessados em se envolver em comportamentos preventivos saudáveis. Posto isto, a recuperação da doença é alvo de prejuízo, a reatividade cardiovascular ao *stress* torna-se uma realidade iniludível e a longevidade restringe-se a termos diminutos (Nelson, 2016). O que é passível de ser sentenciosamente sublinhado sobre os "mitos" e os "estereótipos" é o facto destes estarem muitas vezes relacionados ao desconhecimento do processo de envelhecimento (Martins & Rodrigues, 2004).

Apesar da importância apodítica dos conteúdos anteditos, os instrumentos designados a avaliar estereótipos gerontológicos sobre a adultez tardia são escassos, todavia sublinha-se o *Aging Semantic Differential* (Diferencial Semântico do Envelhecimento) desenvolvido por Rosencranz e McNevin (1969), a *Kogan Attitudes Toward Old People Scale* (Escala de Atitudes em relação a adultos mais velhos de Kogan) desenvolvida por Kogan (1961), e o questionário *Facts on Aging Quizzes* (FAQ 1 e FAQ 2) de Palmore (1988). Contudo, estes instrumentos podem não ser adequados para uso avaliativo (Snyder & Tyler, 2001), justificando a relevância do Questionário de Estereótipos Negativos sobre o Envelhecimento (Estudo de Avaliação de *Estereotipos Negativos Hacia à Vejez* - CENVE) desenvolvido por Blanca e colaboradores (2005). Mediante a aplicação do CENVE a nível nacional, o que viabiliza um paralelismo e simetria com o atual estudo, numa amostra de 240 adultos, com idades compreendidas entre os 20 e o 59 anos, constatou-se que os participantes com nível de escolaridade primário relataram médias mais elevadas de estereótipos negativos de envelhecimento do que os níveis de ensino médio e superior. Numa investigação com 965 adultos mais velhos, os resultados corroboraram os estudos supramencionados, apontando para uma maior presença de estereótipos negativos em níveis de escolaridade inferiores (Colombo et al., 2013). Face aos domínios do CENVE, estereótipos negativos vinculados aos fatores saúde e personalidade surgem com mais frequência (Duran-Badillo et al., 2016; Franco et al., 2010; Palacios et al., 2009; Sarabia et al., 2015). Este resultado é corroborado com dados obtidos no estudo de Menéndez e colaboradores (2016) que enfatiza a relevância da educação formal na mudança de atitudes face ao envelhecimento (Sousa et al., 2008).

Um estudo realizado por Cooney e colaboradores (2020) investigou preditores de idade para analisar quais são os mais importantes na contabilização de atitudes estereotipadas numa amostra ($N = 419$), com idades entre 18 e 86 anos. Níveis mais altos de ansiedade sobre o envelhecimento, níveis mais baixos de conhecimento sobre o mesmo e menos frequente e menor qualidade do contato com adultos mais velhos predisseram o envelhecimento. O conhecimento do envelhecimento, as atitudes e o contacto intergeracional, sobretudo com filhos e netos (Azeredo & Afonso, 2016), atuaram como amortecedores protetores contra as consequências negativas da ansiedade sobre o envelhecimento. Um estudo a nível nacional (Lopes et al., 2012) pretendeu avaliar e comparar imagens e estereótipos do envelhecimento em 120 adultos mais velhos institucionalizados e não institucionalizados, com idades entre os 65 e 99 anos,

tendo sido encontradas diferenças estatisticamente significativas. Adultos mais velhos institucionalizados parecem vivenciar o processo de envelhecimento de forma mais negativa e com a sensação de morte iminente, ficando mais isolados social e emocionalmente (Anderson & Dabelko-Schoeny, 2010; Araújo et al., 2005), incrementando o risco de morbidade e mortalidade (Frade et al., 2015; Parada et al., 2009). Na investigação de León e colaboradores (2015) procurou-se explorar os estereótipos de envelhecimento mantidos por 284 estudantes de saúde e professores em três escolas de ciências da saúde no Chile. Foi utilizado o CENVE, sendo que as questões foram divididas em três categorias: (i) saúde, (ii) fatores sociais e motivação e (iii) caráter e personalidade. Enquanto a maioria dos alunos apresentou percepções neutras sobre o envelhecimento, as percepções dos professores foram bastante positivas. Além disso, as pessoas com estatuto socioeconómico médio-baixo mantiveram estereótipos mais positivos sobre o envelhecimento do que os participantes com estatuto alto e médio.

Num estudo com adultos mais velhos (Lopes et al., 2012), os que possuíam baixa escolaridade apresentaram mais imagens e estereótipos negativos, em contraposição com os adultos mais velhos com maior nível de escolaridade. Esses resultados podem sugerir que a educação e, possivelmente, o acesso a mais informações, podem contribuir para uma visão menos estereotipada da adultez tardia, sugerindo que "gerontologia educacional" (aprender sobre envelhecimento) resulta em menor concordância e adesão a estereótipos negativos (Gázquez et al., 2009). Em relação ao contacto com crianças e adolescentes, os resultados indicaram que indivíduos que tiveram mais contato apresentaram menos imagens negativas do envelhecimento e vice-versa. Esse resultado sublinha os estudos de Abrams e colaboradores (2008) e Grefe (2011), que consideraram que o contato intergeracional promove a redução de estereótipos negativos, principalmente no grupo de adultos mais velhos. No âmbito da personalidade, Allan e colaboradores (2014) realizaram um estudo em que depreenderam que os participantes que apresentaram maior ansiedade face ao envelhecimento eram mais propensos a atitudes relativamente à idade e os que possuíam maior gratidão exibiram significativamente menos ansiedade e menos atitudes a despeito da adultez tardia. Todos os cinco grandes traços de personalidade, com exceção da extroversão, foram considerados determinantes significativos de atitudes etárias, ansiedade do envelhecimento ou ambos. Os traços de empatia e o sofrimento pessoal estavam significativamente correlacionados com o idadismo, ainda que o último

indiretamente. Não é extemporâneo que, quando os indivíduos experienciem sofrimento pessoal em resposta às experiências negativas dos adultos mais velhos, isso possa ser traduzido em ansiedade sobre o próprio envelhecimento e, posteriormente, atitudes negativas em relação aos adultos mais velhos (Martens et al., 2005).

O objetivo de Luchesi e colaboradores (2016) foi de determinar fatores associados a atitudes em relação a adultos mais velhos numa amostra de cuidadores do mesmo espectro etário. As atitudes mais negativas foram associadas a ser mais velho, morar no meio urbano (Chow & Bai, 2011; Tavares et al., 2014), tomar mais medicamentos por dia, cuidar de um adulto mais velho dependente de atividades básicas da vida diária, estar "mais ou menos" satisfeito com a vida e ter níveis mais altos de *stress* percebido. Houve associação negativa entre atitudes positivas e nível educacional. Duran-Badillo e colaboradores (2016) sublinham que o facto de cuidar de um adulto mais velho dependente se encontra, inequivocamente, associado a estereótipos e autopercepções mais negativas. Estudos sobre a idade subjetiva mostraram que a maioria dos adultos mais velhos se sente significativamente mais jovem que a idade cronológica, sendo um dos mecanismos propostos para esse efeito o distanciamento de uma faixa etária associada ao declínio no funcionamento, que ajuda a manter uma visão positiva de si mesmos. O fornecimento de informações negativas relacionadas à idade, portanto, deve levar os adultos mais velhos a descentrar a sua atenção dos estímulos que os recordem da sua idade e a se distanciar das pessoas da mesma idade (Weiss & Freund, 2012). Tendo como base estes parâmetros, a discriminação incide nas condições objetivas numa determinada sociedade (Fernández-Ballesteros et al., 2017). No seu estudo cujo objetivo assentava sobre sofrer discriminação devido à idade em 28 países europeus, van den Heuvel e Santvoort (2011) asseveraram que a idade se institui na razão de discriminação mais frequentemente mencionada entre os europeus, aduzindo que cerca de um quarto dos europeus mais velhos (com mais de 62 anos) sofrem discriminação por causa da idade "às vezes" ou "frequentemente". O conceito de discriminação percebida da idade encontra-se associado ao estereótipo que deprecia o processo de envelhecimento. Analisando dados de duas fases (2008 e 2012) do *Health and Retirement Study* (Han & Richardson, 2015), que testaram modelos longitudinais usando uma amostra nacionalmente representativa de 3921 participantes, deduziu-se que as mudanças na discriminação percebida foram significativamente associadas a mudanças de humor negativo e sintomas depressivos ao longo de 4 anos. Os mesmos autores também demonstraram que a autopercepção do envelhecimento media a relação

entre discriminação etária percebida e sintomas depressivos e que o efeito da discriminação percebida influencia diretamente a autopercepção do envelhecimento. No estudo efetuado por Fernández-Ballesteros e colaboradores (2017), os teóricos constataram que a discriminação de idade percebida é um preditor negativo de envelhecimento ativo, validando o papel negativo da discriminação percebida pelos adultos mais velhos (Nelson, 2005; Nussbaum et al., 2005) nos componentes ativos do envelhecimento.

Sumamente, os estereótipos negativos possuem implicações sociais e económicas consistentemente documentadas (Lamont et al., 2015), que são particularmente pertinentes devido ao envelhecimento demográfico.

Teoria da incorporação do estereótipo (*Stereotype embodiment theory*)

Levy (2009) desenvolveu uma abordagem psicossocial para estereótipos de envelhecimento, designada Incorporação do Estereótipo, que é um processo que ocorre em duas direções: *top-down* (da sociedade para a pessoa) e ao longo do tempo (da infância à velhice) e na qual os estereótipos assimilados pela cultura circundante direcionam ao autoestereótipo e à autopercepção do envelhecimento, influenciando o funcionamento, a saúde e a longevidade, possuindo os quatro componentes subsequentes: os estereótipos (a) tornam-se internalizados ao longo da vida, (b) podem operar inconscientemente, (c) ganham pertinência com a auto-relevância e (d) utilizam várias vias. Quando estereótipos negativos são descobertos antes de serem direcionados a si mesmo, é improvável que haja uma necessidade sentida de estabelecer defesas contra eles; portanto, a suscetibilidade é maximizada. Abrams e colaboradores (2006), num estudo experimental, inferiram que os participantes concluíram uma série de tarefas cognitivas sob ameaça de estereótipo alto ou baixo (através da comparação com pessoas mais jovens), tendo a ameaça resultado em pior desempenho. No entanto, isso não ocorreu se o contato intergeracional anterior tivesse sido mais positivo. Uma consequência do estereótipo de adultos mais velhos é a experiência da ameaça do estereótipo, um mecanismo pelo qual as preocupações sobre o cumprimento de um estereótipo negativo interferem no desempenho e, por conseguinte, direcionam ao cumprimento do estereótipo (Steele & Aronson, 1995).

Nos últimos anos o domínio dos estereótipos do envelhecimento tornou-se uma área aplicada com uma vasta repercussão em diversos contextos gerontológicos, sendo uma ameaça importante na saúde e nos ambientes clínicos (Ory et al., 2003), mesmo

sendo referidos como "assassinos silenciosos" relativamente à colaboração e produtividade (Blauth et al., 2011). Enquanto isso, no campo da educação, estes estereótipos tornam-se obstantes na aprendizagem ao longo da vida devido à crença comum a nível populacional de que os adultos mais velhos são "incapazes de aprender" (Fernández-Ballesteros et al., 2013).

Autoperceções sobre o envelhecimento

As atitudes face ao envelhecimento estabelecem-se da infância à adultez tardia e da sociedade para a pessoa, sendo vastamente moldadas pelo idadismo. Por este motivo, pode-se enunciar que existe uma correspondência intrínseca entre a conceção de adultez tardia presente numa sociedade e as atitudes frente aos indivíduos que estão a envelhecer (Schneider & Irigaray, 2008). Sendo as crenças idadistas existentes na atual sociedade prejudiciais e distorcidas, isto pode afetar a representação desta fase do desenvolvimento e influenciar diretamente na forma como os adultos mais velhos vivenciam este momento, na sua autoestima, autoimagem, na aceitação das próprias limitações e no seu bem-estar psicológico, considerando-os indiferenciadamente (Silva et al., 2012). Por conseguinte, um adulto mais velho pode acreditar, por exemplo, que a adultez tardia engloba doença, o que incrementa o risco de morte (resposta cognitiva); pode ficar deprimido com a perda da sua independência funcional (resposta afetiva); e acomodar-se, tornar-se sedentário e não adotar um estilo de vida saudável (resposta comportamental). Daqui sobrevêm consequências, dado que as atitudes detêm um significativo impacto na perceção, pensamento, comportamento e outras atitudes; determinam a forma como se processa informação referente ao objeto da atitude; são centrais na vida social; reafirmam a própria identidade; contribuem para a opinião pública; e moldam os valores da sociedade (Vogel & Wanke, 2016). Estas conceções idadistas, assimiladas e perpetuadas de geração em geração intensificam o estereótipo, para além de contribuírem para o isolamento deste grupo etário e estar na génese da ausência de apoios/respostas/políticas gerontológicas (Butler, 1969). Uma vez que são dirigidos à própria pessoa, os estereótipos podem, efetivamente, converter-se em autoperceções de envelhecimento, sendo incorporados, quando a sua assimilação, a partir da visão da sociedade, origina auto-definições que afetam a sua saúde e funcionamento (Helmes & Pachana, 2016; Levy, 2009). Estudos longitudinais concluíram que pessoas com autoperceções de envelhecimento mais positivas

usufruíram de melhor saúde funcional na adultez tardia e viveram em média 7.5 anos de vida adicionais (Levy et al., 2002).

Os processos cognitivos sociais providenciam a chave para a compreensão da natureza complexa dos estereótipos etários e do seu impacto nas autopercepções e interações interpessoais. Três questões são alvo de consideração: (1) estereótipos etários como esquemas de percepção da pessoa; (2) ativação de estereótipos etários na interação interpessoal; e (3) processos de desenvolvimento e estereótipos etários. De uma perspectiva cognitivo-social (Ashmore & Del Boca, 1981; Hamilton & Trolier, 1986), os estereótipos são autenticados como esquemas de percepção que utilizam a idade como princípio de categorização (Teixeira et al., 2018). Enquanto esquemas, os estereótipos traduzem estruturas de conhecimento prévio organizado que facilitam a interpretação de novas informações (Fiske & Taylor, 1991). Nessa perspectiva, os estereótipos gerontológicos não são conceptualizados como inerentemente negativos, mas sim como estruturas de conhecimento que os indivíduos usam para os ajudar a processar a massa de informações numa interação social típica.

As autopercepções implicam uma avaliação própria, refletindo modos de pensar e julgamentos do indivíduo relativamente à sua vida (Furstenberg, 2002). As opiniões acerca do envelhecimento retratam concepções sobre adultos mais velhos, adultez tardia e envelhecimento em geral (enquanto estereótipos do envelhecimento), bem como convicções acerca da própria idade e envelhecimento (como autopercepções do envelhecimento; Wurm et al, 2017). É corroborado que a ativação experimental de estereótipos negativos do envelhecimento tem direcionado piores funções cognitivas, motoras e fisiológicas (Levy, 2003), bem como uma pior auto-avaliação da saúde (Coudin & Alexopoulos, 2010; Heywood et al., 2019). Estudos de *design* transversal denotam evidências adicionais acerca dos efeitos prejudiciais dos estereótipos negativos da adultez tardia nos *outcomes* de saúde na meia-idade e na última fase da existência. Muitos fatores foram analisados como potenciais marcadores para um envelhecimento bem-sucedido, entre eles a autopercepção de adultos mais velhos. Inferiu-se que a autopercepção negativa prediz a incapacidade (Moser et al., 2011) e doenças físicas futuras (Wurm et al., 2007), ao passo que, inversamente, a autopercepção positiva foi capaz de predizer uma maior sobrevivência (Levy & Myers, 2005) e melhor saúde funcional ao longo do tempo (Levy et al., 2002; Sargent et al., 2012).

As atitudes do envelhecimento podem ser internalizadas e reforçadas ao longo da vida, podendo-se converter em crenças, expetativas e autopercepções (Sargent-Cox,

2017), designadamente no domínio da saúde, motivação, duração crónica, consequências negativas (Steverink et al., 2001) e representações emocionais (Levy, 2009; Levy, 2009; Sargent-Cox, 2017), relativas a mudanças negativas na saúde e nas estratégias de *coping* (Gomez & Madey, 2002; Smith & Freund, 2002). A hipótese de internalização do estereótipo propõe que os estereótipos da idade são internalizados nas autoperceções do envelhecimento (crenças dos adultos mais velhos sobre o próprio envelhecimento), que atuam como uma lente através da qual as experiências de envelhecimento são interpretadas (Levy, 2009), podendo ser incorporadas ao autoconceito de adultos mais velhos (Rothermund & Brandstädter, 2003). Mais se enfatiza que alguns estudos que investigaram a relação mútua entre saúde e autoperceção sobre o envelhecimento postulam que o efeito desta última na saúde é mais categórico que o inverso (Sargent-Cox et al., 2012; Wurm et al., 2007). Isto preconiza que a autoperceção do envelhecimento não é primordialmente o resultado de alterações na saúde, mas sim que promove mudanças na saúde, tornando lícito estudar os efeitos prejudiciais destas autoperceções negativas (Wurm & Benyamini, 2014). O processo de envelhecimento está sob alçada de perceções individuais e experiências que podem, não raras vezes, ser reverberadas de modo atroz (Demakakos et al., 2007), instituindo a identidade respetiva à idade. Segundo Mead (1934), autor que marcou de forma indelével este domínio, o *self* é composto, não apenas por uma organização das atitudes individuais particulares, mas também por uma organização das atitudes sociais dos outros ou do grupo social como um todo ao qual o indivíduo pertence. Não é ilógico que quando as atitudes negativas acerca do envelhecimento são internalizadas, se tornem parte integrante do *self*.

A autoperceção do envelhecimento poderá encontrar-se associada a comportamentos que promovem ou colocam em risco a saúde; processos fisiológicos (como o eixo de *stress* hipotálamo-hipófise); tendências vinculadas com a capacidade de lidar com os desafios da idade mais avançada; ou uma exposição diferenciada a fatores de risco de índole ambiental (Kotter-Grühn et al., 2009). Os estereótipos do envelhecimento traduzem mais uma questão de investigação do que um campo aplicado, e cada pesquisador desenvolveu a sua própria medida focada nos objetivos da mesma (Fernández-Ballesteros et al., 2017). Seguindo os pressupostos teóricos de Levy (Levy et al., 2002; Levy et al., 2004, Levy, 2009), Fernández-Ballesteros e colaboradores (2017) procuraram perceber se existem relações significativas entre auto-estereótipos de envelhecimento e crenças pessoais sobre adultos mais velhos, se a medida de auto-

estereotipia apresenta relações significativas com a autopercepção da medida de envelhecimento e se a medida de auto-estereotipia medeia as relações entre crenças pessoais sobre adultos mais velhos e a autopercepção do envelhecimento. O modelo teórico de Levy foi estudado com a estrutura de modelagem de equações estruturais, sendo que o melhor modelo (estatisticamente) é o modelo de mediação parcial, no qual o estereótipo negativo afeta diretamente a autopercepção do envelhecimento.

No que concerne às características sociodemográficas, a idade em si é um fator de autopercepção do envelhecimento, sobrepondo-se às áreas física e psicossocial: enquanto a idade real é biológica, a autopercepção e a idade desejada e percebida podem ser consagradas contribuintes psicossociais. Certos segmentos populacionais mais "velhos", especificamente aqueles com intervalo etário entre 55 e 59 e 80 anos, relatam mais percepções negativas do envelhecimento do que outros, endossando menos visões ideais entre os grupos pré-aposentadoria e muito "idosos". De facto, a idade real parece apresentar um papel de sumo relevo nas autopercepções; os grupos pré-aposentadoria mais jovens (com mais de 50 anos) estão preocupados com o declínio da saúde à medida que envelhecem, enquanto os mais velhos (com mais de 75 anos) encontram-se mais receosos com a solidão. Estas descobertas prescrevem que talvez subsista um hiato temporal em que possa ser possível alterar estereótipos ou impactar positivamente as percepções do envelhecimento por intermédio de pesquisas ou intervenções direcionadas. A idade real também se apresenta fortemente associada à autopercepção de quando a adultez tardia se enceta entre os indivíduos mais velhos. Os mais jovens (mais de 50 anos) relataram acreditar que a adultez tardia começa aos 68 anos; para os mais velhos (80 anos), começa aos 75 anos (Demakakos et al., 2007). Na investigação realizada por Palacios e colaboradores (2009) averiguou-se que as crenças negativas sobre o envelhecimento sofrem um aumento gradual, atingindo os valores máximos entre os 76 e os 80 anos. Assim, percepções, atitudes e estereótipos positivos e negativos do envelhecimento podem afetar o processo de envelhecimento (Sexton et al., 2014; Westerhof & Barrett, 2005; Wurm et al., 2010). Num estudo com adultos mais velhos, com idades empreendidas entre 65 e 70 anos, a autopercepção negativa do envelhecimento reportou um risco para futuras limitações nas Atividades da vida diária (AVDs), bem como uma associação de curto prazo com o aumento de hospitalizações, enfatizando a natureza bidirecional dessas relações (Moser et al., 2011). Comprovou-se que os estereótipos de envelhecimento de longa data subsidiaram a forma como os adultos mais velhos formaram as suas autopercepções sobre o envelhecimento, sendo que

descobertas adicionais sugerem que a exposição a retratos positivos do envelhecimento resulta em menos percepções negativas e em poucas respostas ao *stress* (Fung et al., 2014). Parecem existir algumas diferenças relativamente à percepção do processo de envelhecimento experienciado por ambos os sexos, onde as mulheres se auto-percecionam como tendo maior longevidade, maior participação em atividades sociais e mais cuidados com a saúde e os homens se percecionam como menos ativos e com um envelhecimento mais acelerado (Areosa, 2004), sentindo maior perda social, comparativamente às mulheres, que tendem a experimentar um crescimento mais contínuo (Steverink et al., 2001). Não obstante, em relação ao sexo e estado civil, outros estudos inferem que estas variáveis não influenciam na presença de estereótipos negativos (Colombo et al., 2013; Duran-Badillo et al., 2016; Leon et al., 2016; Leon et al., 2015; Menéndez et al., 2016; Rello et al., 2018). Contudo, eventuais assimetrias entre as variáveis podem facilmente impactar os resultados (Tabachnick & Fidell, 2007). A literatura atesta, notoriamente, que uma série de fatores influencia a autopercepção do envelhecimento, assim como os estereótipos. Esses fatores tendem a enquadrar-se em dois temas mais amplos: auto-aceitação/auto-satisfação e envolvimento com a vida/auto-crescimento (Reichstadt et al., 2010), podendo estes tópicos viabilizar orientações para abordagens de futuras intervenções (MacLeod et al., 2019).

Quando se é jovem, pensar em adultos mais velhos é como pensar em qualquer outro grupo externo (*outgroup*); não se pertence a eles, geralmente não se quer pertencer e, portanto, não se possui nenhum problema ou mesmo se beneficia com o estereótipo acerca deles (Heckhausen & Brim, 1997; Pinquart, 2002). No entanto, o estereótipo do envelhecimento é traiçoeiro: à medida que se move lentamente ao longo da vida, todos estão, mais cedo ou mais tarde, a converter-se num membro do antigo *outgroup*. Nesse caso, o estereótipo anteriormente mantido transformar-se-á num estereótipo sobre o grupo ao qual agora se pertence (Komadt & Rothermund, 2012).

Segundo Rothermund (2005), a influência dos estereótipos na autopercepção e no bem-estar é difundida por uma visão do *self* pessoal no futuro, ou seja, as expectativas, medos e esperanças para o futuro são geralmente subsumidas no termo "eus/*selfs* possíveis" (Markus & Nurius, 1986). Como os possíveis *selfs* são reputados num contexto futuro, mas, ainda assim, derivados de experiências e expectativas passadas, desempenham um papel imperioso nos processos de mudança do autoconceito e da autorregulação (Cross & Markus, 1991; Dark-Freudeman et al., 2006; Frazier et al., 2002; Hoyle & Sherrill, 2006; Manzi et al., 2010). Aqui emerge uma dupla vertente: se

por um lado, imaginar o que é possível no futuro pode atuar como um incentivo motivacional para o comportamento, portanto, os *selfs* possíveis servem como um guia para os processos de seleção (Hoppmann et al., 2007; Smith & Freund, 2002); em compensação, o *self* possível molda-se como um padrão de referência contra o qual as experiências reais são avaliadas (Freund, 1997; Hoyle & Sherrill, 2006; Markus & Nurius, 1986). Os *selfs* futuros possíveis tornam-se contaminados pelos estereótipos acerca do processo de envelhecimento quando uma pessoa começa a se identificar como uma "pessoa mais velha". Esse processo é desencadeado na meia-idade e na idade adulta por intermédio de mensagens culturais (Eibach et al., 2010) ou sinais externos (Kornadt & Rothermund, 2012).

Estudos sobre o efeito de falso consenso (Ross et al., 1977) averiguaram que atributos e experiências pessoais são projetados noutras pessoas e grupos sociais aos quais se pertence, resultando em percepções semelhantes dos outros e do *self* (Clement & Krueger, 2002), sendo que esta externalização também demonstrou influenciar as visões que se tem dos adultos mais velhos (Rothermund & Brandtstädter, 2003). As associações entre as autopercepções atuais e os estereótipos pessoais tornam-se mais substanciadas com o aumento da idade, dado que os adultos mais velhos tomam a sua autopercepção vigente como base para prever o seu *self* futuro, generalizando, *a posteriori*, para o que eles acreditam que os adultos mais velhos serão em geral (isto é, estereótipos sobre o envelhecimento). Em termos empíricos, as análises de regressão enfatizaram efeitos significativos dos estereótipos sobre o envelhecimento na autopercepção. Além disso, a interação idade e estereótipos foi significativa em todos os domínios, solidificando que a inclinação da regressão de autopercepção atual específica de domínio em estereótipos na respetiva área foi mais acentuada para participantes mais velhos do que para jovens, corroborando a hipótese postulada de que os estereótipos sobre o envelhecimento são mais preditivos de autopercepções correntes mais tarde na vida. As descobertas relatadas consolidam as previsões sobre o papel mediador do *self* futuro no processo de internalização. O que se pensa sobre o grupo de adultos mais velhos torna-se parte das futuras autoconcepções, que depois influenciam o verdadeiro autoconceito na adultez tardia (Kornadt & Rothermund, 2012).

Modelo de Autorregulação

O Modelo de Autorregulação de Leventhals, embora seja empregue frequentemente no âmbito de ameaças à saúde, pode ser utilizado para o estudo da

adaptação a diferentes stressores, designadamente ao processo de envelhecimento (Barker et al., 2007). Este pode ser encarado como um "stressor", no sentido em que espelha um processo duplamente determinado por exigências e recursos adaptativos (Baltes & Baltes, 1990). Com este modelo obtêm-se como dimensões da perceção desta experiência: identidade; duração; consequências positivas e negativas; controlo; e representações emocionais (Barker et al., 2007), sendo que a via comportamental, biológica e psicológica fundamentam as três vias mediante as quais a autoperceção do envelhecimento pode gerar um impacto significativo no funcionamento do indivíduo (Levy et al., 2002). Kotter-Gruhn e colaboradores (2009) agregam que a perceção está também ancorada nos domínios do *self* e da personalidade, sendo que a preservação da identidade ao longo do envelhecimento será significativa na adaptação desse processo. De acordo com Ron (2007), as descobertas que versam sobre as atitudes da população adulta em direção aos adultos mais velhos são alvo de ambiguidade pois algumas das investigações demonstram que, à medida que o indivíduo se torna mais velho, as suas atitudes etárias tornam-se cada vez mais negativas, ao passo que outros relatam que as atitudes dos adultos mais velhos em relação ao seu próprio grupo etário são mais positivas do que as atitudes dos mais novos a respeito deles. A teoria da dissonância cognitiva pode explicitar a mudança de atitudes negativas na juventude para positivas na idade adulta, devendo-se ao facto de que na idade adulta poderá ter sido exposto a outras informações, de índole teórica e até prática, tornando a sua atitude menos negativa em relação à idade antedita.

Assim, deve-se firmar uma revalorização do envelhecimento, numa lógica de direitos humanos, reivindicando um olhar diferenciado para o fenómeno e, esperando-se novas abordagens, apelos ideológicos e soluções políticas em sociedades nas quais a elevação da produtividade, a juventude e a autonomia são valores de primeira ordem (Daniel et al., 2012; Nobre et al., 2017).

Metodologia

1. Objetivos

A literatura científica reporta-se a um exercício analítico de investigação que coloca, na sua suprema expressão, a ênfase na tradução da ciência em palavras, viabilizando a validade de eventuais construtos e amplificando o caminho para um entendimento dialético. Os teóricos dissertaram acerca de modelos interpretativos e quadros conceituais integrativos, articulando o poder explicativo subjacente aos fenómenos previamente descritos. Neste contexto, é consignado que uma base teórica sólida e consubstanciada se assume como um elemento categórico que precede a sustentação de qualquer investigação da ordem do empirismo (Fortin et al., 2009). Posto isto, e no âmbito da atual investigação, o objetivo geral do estudo visa explorar o papel preditivo dos estereótipos negativos do envelhecimento sobre a autoperceção do mesmo em adultos mais velhos. O desenvolvimento deste trabalho é pautado, ainda, pelos objetivos específicos subsequentes: analisar a relação entre estereótipos e autoperceções e explorar se existem diferenças nos estereótipos negativos e nas autoperceções sobre o envelhecimento em função do sexo, da área de residência, de institucionalização *versus* não institucionalização, da formação na área do envelhecimento, do contacto intergeracional, e da categorização etária dos participantes.

2. Hipóteses

Uma vez definidos os objetivos, o presente trabalho pretende testar as seguintes hipóteses:

I. Prevê-se a existência de uma correlação estatisticamente significativa e positiva entre os estereótipos negativos (saúde, motivação, personalidade) e autoperceções negativas sobre o envelhecimento (duração crónica, consequências negativas, controlo negativo, representações emocionais).

II. Prevê-se a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os estereótipos e as autoperceções negativas, com pontuações médias superiores no sexo masculino.

III. Prevê-se a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os estereótipos e as autoperceções negativas, com pontuações médias superiores nos adultos mais velhos que residem em meio urbano.

IV. Prevê-se a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os estereótipos e as autopercepções negativas, com pontuações médias superiores em adultos mais velhos institucionalizados.

V. Prevê-se a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os estereótipos e as autopercepções negativas, com pontuações médias superiores nos adultos mais velhos que não possuem formação na área do envelhecimento e que não foram expostos a contacto intergeracional.

VI. Prevê-se a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os estereótipos e as autopercepções negativas, com pontuações médias superiores nos adultos mais velhos jovens e adultos mais velhos velhos.

VII. Prevê-se que a existência de estereótipos negativos sobre o envelhecimento seja um preditor de autopercepções negativas do mesmo.

VIII. Prevê-se a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os estereótipos e as autopercepções negativas, com pontuações médias superiores nos adultos mais velhos que possuem uma pior percepção da própria saúde.

IX. Prevê-se a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os estereótipos e as autopercepções negativas, com pontuações médias superiores nos adultos mais velhos que percecionam o início da adultez tardia em idade inferior a 65 anos.

X. Prevê-se a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os estereótipos e as autopercepções negativas, com pontuações médias superiores nos adultos mais velhos que possuem um nível inferior de escolaridade.

XI. Prevê-se a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os estereótipos e as autopercepções negativas, com pontuações médias superiores nos adultos mais velhos que fazem uso de medicação.

XII. Prevê-se a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os estereótipos e as autopercepções negativas, com pontuações médias superiores nos adultos mais velhos que não prestam cuidados informais.

3. Desenho do estudo/plano de investigação

Considerando o desenvolvimento no tempo, o presente trabalho de investigação assume-se como um estudo de carácter transversal, visto que a aplicação dos instrumentos empregues neste estudo consiste em avaliar cada indivíduo apenas num determinado e único momento em relação a um fenómeno presente no momento de

investigação. O atual estudo possui, ainda, um desenho descritivo-correlacional, na medida em que visa explorar as relações entre variáveis com vista a descrevê-las (Fortin et al., 2009). É legítimo constatar que o método subjacente à condução e operacionalização desta pesquisa é o método quantitativo, que coloca a tónica na explicação, descrição e correlação, assentando na medida e análise de variáveis e resultados numéricos suscetíveis de serem quantificáveis e mensuráveis que traduzem o fenómeno estudado (Fortin et al., 2009). É caracterizada, ainda, pelo recurso a estratégias rigorosas de recolha de dados, muitas das quais estandardizadas, que viabilizam a validade e fidelidade dos mesmos.

4. Amostra

A amostra foi constituída por 242 sujeitos e foi obtida a partir da população geriátrica com 65 ou mais anos. Dado o tempo disponibilizado para a realização deste estudo, a amostra foi selecionada por motivos de conveniência, tendo em consideração a proximidade geográfica e na medida em que é constituída por indivíduos facilmente acessíveis que atendem a critérios de inclusão precisos. Posto isto, o método de amostragem privilegiado é o não probabilístico, uma vez que nem todos os elementos da população evidenciam a mesma possibilidade de integrar a amostra e é consentâneo para compreender múltiplas particularidades de uma fração da população (Fortin et al., 2009). Os critérios de inclusão específicos para os participantes são: limitação da idade ou espectro etário, sendo esta a partir dos 65 ou mais anos e o facto de terem de ser de nacionalidade portuguesa. Ao circunscrever a participação a estes critérios, será garantida a homogeneidade da faixa etária (adultos mais velhos - coorte) e uma interpretação apropriada por parte dos participantes que integrem o estudo.

A amostra do presente estudo foi obtida a partir da população geriátrica dividida em dois grupos, designadamente, adultos mais velhos não institucionalizados e adultos mais velhos institucionalizados, perfazendo um total de 242 participantes. Neste sentido, procedeu-se à caracterização dos dois grupos supramencionados de forma isolada (Tabela 1 e Tabela 2).

Face aos adultos mais velhos não institucionalizados, a amostra foi constituída por 127 participantes, dos quais a maioria do género feminino ($n = 68$, 53.5%), com idades compreendidas entre os 65 e os 100 anos, refletindo-se nas categorias: i) Adultos mais velhos jovens, (ii) Adultos mais velhos velhos, (iii) e Adultos mais velhos muito velhos ($M = 72.61$, $DP = 7.28$). No que diz respeito ao estado civil, a maior parte dos

adultos mais velhos é casada ($n = 81$, 63.8%), sendo na sua totalidade de nacionalidade portuguesa ($n = 127$, 100%). No que concerne à situação profissional atual e à área de residência, os participantes encontram-se, na sua maioria, reformados/aposentados ($n = 111$, 87.4%) e residem no meio rural ($n = 59$, 46.5%). Por fim, relativamente à escolaridade, esta varia entre Sem escolaridade e Ensino universitário (M_{dn} = Ensino secundário).

Tabela 1

Descrição dos adultos mais velhos não institucionalizados

Variável	Grupo	<i>n</i>	%
Género	Masculino	59	46.5
	Feminino	68	53.5
Idade	Adultos mais velhos jovens (65-74)	20	17.4
	Adultos mais velhos velhos (75-84)	44	38.3
	Adultos mais velhos muito velhos (85 ou mais)	51	44.3
Estado Civil	Solteiro(a), mas numa relação amorosa	3	2.4
	Solteiro(a), e sem uma relação amorosa	12	9.4
	Casado(a)	81	63.8
	União de facto	3	2.4
	Divorciado(a)/Separado(a)	9	7.1
	Viúvo(a)	19	15.0
	Nacionalidade	Portuguesa	127
Escolaridade	Não sabe ler nem escrever	2	1.6
	Sabe ler e escrever, mas sem possuir grau de ensino	4	3.1
	Ensino básico primário (4ª classe completa)	36	28.3
	Ensino básico preparatório (antigo 9ºano)	17	13.4
	Ensino secundário (12º ano)	14	11.0
	Ensino médio (e.g., bacharelato)	20	15.7

(continua)

Tabela 1

Descrição da amostra (continuação)

Variável	Grupo	<i>n</i>	%
Escolaridade	Ensino universitário	34	26.8
Situação Profissional	Reformado(a)/aposentado(a)	111	87.4
	A trabalhar por conta de outrem	7	5.5
	A trabalhar por conta própria	6	4.7
	Desempregado(a)	1	.8
	Doméstica	2	1.6
Área de Residência	Rural (aldeia)	59	46.5
	Urbana (cidade)	51	40.2
	Semiurbana (vila)	17	13.4

No que diz respeito aos adultos mais velhos institucionalizados, a amostra foi composta por 115 participantes, dos quais a maioria do género feminino ($n = 80$, 69.6%), com idades compreendidas entre os 65 e os 101 anos ($M = 82.77$, $DP = 8.58$). Referente ao estado civil, observa-se que, maioritariamente, os adultos mais velhos são divorciados/separados ($n = 71$, 61.7%), sendo na sua totalidade de nacionalidade portuguesa ($n = 115$, 100%). Salienta-se, ainda, que os participantes encontram-se, na sua maioria, reformados/aposentados ($n = 107$, 93%). Embora os adultos mais velhos se encontrem institucionalizados, a sua área de residência incide, igualmente, no meio rural e urbano ($n = 56$, 48.7%) e a sua escolaridade varia entre Sem escolaridade e Ensino universitário (M_{dn} = Ensino básico primário).

Tabela 2

Descrição dos adultos mais velhos institucionalizados

Variável	Grupo	<i>n</i>	%
Género	Masculino	35	30.4
	Feminino	80	69.6
Idade	Adultos mais velhos jovens (65-74)	20	17.4

(continua)

Tabela 2

Descrição dos adultos mais velhos institucionalizados (continuação)

Idade	Adultos mais velhos velhos (75-84)	44	38.3
	Adultos mais velhos muito velhos (85 ou mais)	51	44.3
Estado Civil	Solteiro(a), mas numa relação amorosa	1	.9
	Solteiro(a), e sem uma relação amorosa	19	16.5
	Casado(a)	18	15.7
	União de facto	6	5.2
	Divorciado(a)/Separado(a)	71	61.7
	Viúvo(a)	1	.9
Nacionalidade	Portuguesa	115	100
Escolaridade	Não sabe ler nem escrever	17	14.8
	Sabe ler e escrever. mas sem possuir grau de ensino	27	23.5
	Ensino básico primário (4 ^a classe completa)	55	47.8
	Ensino básico preparatório (antigo 9 ^o ano)	5	4.3
	Ensino secundário (12 ^o ano)	3	2.6
	Ensino médio (e.g., bacharelato)	1	.9
	Ensino universitário	7	6.1
Situação Profissional	Reformado(a)/aposentado(a)	107	93.0
	Desempregado(a)	8	7.0
Área de Residência	Rural (aldeia)	56	48.7
	Urbana (cidade)	56	48.7
	Semiurbana (vila)	3	2.6

5. Procedimentos

Para a prossecução dos objetivos associados à elaboração deste trabalho, e uma vez definida a população, foram inicialmente contactados os autores dos instrumentos no sentido de serem asseguradas as autorizações para o uso de todas as escalas (Anexo A). Previamente ao início da recolha de dados propriamente dita, em momentos que assim o exigiu, a proposta de investigação (objetivos, metodologia e protocolo de

avaliação) foi apresentada aos Diretores das instituições em que os adultos mais velhos se encontram institucionalizados e restantes profissionais, com o desígnio de instituir estratégias de colaboração. A escolha dos elementos constituintes do estudo incidiu nos adultos mais velhos da comunidade e nos adultos mais velhos institucionalizados. Os procedimentos e objetivos do estudo foram apresentados e explicados aos participantes. Os adultos mais velhos foram informados acerca dos objetivos da sua participação mediante o consentimento informado (Anexo B). Enfatizou-se o carácter anónimo dos dados, a confidencialidade das respostas e a participação voluntária.

Adicionalmente, foi empregue o método bola de neve (*snowball*), via *online*, para recolher a amostra. No total da amostra, foram recolhidos cerca de 242 questionários por intermédio deste método, integrando auto e heteroaplicação (divulgação em redes sociais como *Facebook*, *Instagram*, *LinkedIn*, e redes sociais de familiares e amigos). Estes participantes integram a comunidade de Braga. Em relação aos adultos mais velhos institucionalizados, foram recolhidos dados, por meio digital, contando com o auxílio de profissionais das respetivas instituições, dado o contexto de pandemia. Isto referido, colaboraram com o processo de recolha de dados as seguintes instituições: Centro de Solidariedade Social de São Veríssimo; Hospital da Misericórdia de Vila Verde, em particular na Unidade de Cuidados Continuados Integrados; Santa Casa da Misericórdia de Barcelos (23 utentes de dois setores distintos - Lar da Misericórdia e Lar Rainha D. Leonor); Anima Una; Centro do Bem-estar Social de Barqueiros; Centro Social e Paroquial de São Cristóvão; Casa do Povo de Alvito; Centro Social de Remelhe; Lar São José de Alvarães; Estrutura Residencial Para Idosos Santa Teresa de Viana do Castelo; Lar casa de Magalhães (13 utentes) - Freixo; e Centro Social e Paroquial da Correlhã. Outras instituições do distrito de Braga foram contactadas, mas por falta de recursos, não participaram no presente estudo.

Foram considerados os seguintes critérios de inclusão: terem uma idade igual ou superior a 65 anos e ter nacionalidade portuguesa. Foram excluídos 4 sujeitos pelo facto de não cumprirem os critérios acima estipulados para a realização do estudo. Todos os questionários foram aplicados entre Fevereiro e Junho do corrente ano.

6. Medidas e Instrumentos

6.1. Questionário Sociodemográfico

É uma verdade convencional que os fatores sociodemográficos podem ajudar a seleccionar a população e, em sequência, distinguir trajetórias. Com o objetivo de

caracterizar a amostra foi utilizado um questionário sociodemográfico (Anexo C) que procurou recolher dados e informações substanciais relativamente às variáveis sociodemográficas consideradas significativas para o efeito do estudo, designadamente: idade; sexo; ano de escolaridade (nenhum/1.º ciclo/2.º ciclo/3.º ciclo/ensino secundário; profissional completo/ensino universitário); situação profissional (estudante/empregado/desempregado/reformado); profissão/principal ocupação atual; estado civil (solteiro/casado/ união de facto/divorciado; separado/); nacionalidade; meio de residência (rural/urbano); agregado familiar (com os pais/com os filhos/com amigos/com namorado ou marido/sozinho); formação ou curso sobre o envelhecimento; tipo de contacto com adultos mais velhos; e fonte de rendimento.

6.2. Questionário de Estereótipos Negativos sobre o Envelhecimento (CENVE; Blanca et al., 2005; versão portuguesa - Nunes et al., 2018)

No decurso do presente estudo foi referenciado que algumas inexatidões e fragilidades de alguns instrumentos neste domínio são uma realidade irrefragável. Em virtude disto, é de suma importância empregar o Questionário de Estereótipos Negativos Relativamente ao Envelhecimento (*Cuestionario de Evaluación de Estereotipos Negativos Hacia la Vejez - CENVE; Negative Stereotypes Towards Aging Questionnaire*), desenvolvido por Blanca e colaboradores (2005) e adaptado e validado para a população portuguesa por Nunes e colaboradores (2018), dado que se pretende adquirir uma compreensão mais sólida acerca dos estereótipos negativos direcionados à adultez tardia. Este questionário é fundamentado no *Palmore Questionnaire* (Palmore, 1988) e no *Montorio and Izal questionnaire* (Montorio & Izal, 1991). Este instrumento traduz uma ferramenta psicométrica composta por 15 itens na forma original, correspondentes a estereótipos negativos da adultez tardia, variando de 1 (discordo totalmente) a 4 (concordo totalmente). O primeiro estudo psicométrico foi realizado com uma amostra de 757 adultos mais velhos não institucionalizados, com idades compreendidas entre os 65 e 96 anos. Esta versão original foi estruturada em três dimensões dos estereótipos da adultez tardia referentes à saúde (5 itens; e.g. "Déficit cognitivo - perda de memória, desorientação, confusão etc. - é uma parte inevitável do envelhecimento"), motivação (5 itens; e.g. "Os idosos têm menos amigos que os mais jovens") e personalidade (5 itens; e.g. "À medida que as pessoas envelhecem, elas tornam-se mais rígidas e inflexíveis"). A análise demonstrou estes três fatores que podem variar entre 5 e 20 pontos, sendo que pontuações mais elevadas sinalizam um

alto grau de crença em estereótipos negativos sobre a adultez tardia e pontuações baixas indicam uma fraca crença em nestes estereótipos de índole negativa, noutros termos, pontuações mais elevadas patenteiam um estereótipo de envelhecimento mais negativo.

Para validar o questionário com indivíduos que não contemplam a idade geriátrica, um segundo estudo foi realizado por Menéndez e colaboradores (2016), com um total de 350 adultos com idade inferior a 65 anos. Os resultados não corroboraram a estrutura fatorial original em três fatores, sugerindo uma estrutura unidimensional.

No que diz respeito à consistência interna, avaliada pelo *Alpha* de Cronbach, esta relaciona-se à consistência das respostas aos itens (consistência interna) e ao grau em que há concordância nas respostas dos sujeitos aos diferentes itens de cada dimensão do instrumento, sendo que na versão original (Blanca et al., 2005), foram encontrados os seguintes valores para cada dimensão: saúde ($\alpha = .67$), motivação-social ($\alpha = .64$) e carácter/temperamento - personalidade ($\alpha = .66$). Como a consistência interna aumenta com o número de itens da escala, uma outra medida indicadora é a correlação item-escala a que pertence corrigida para sobreposição. Da mesma forma, foram analisados os índices de homogeneidade de cada item do teste definitivo. As correlações entre os itens e os seus respetivos fatores totais excedem .30 em todos os casos, exceto num item, assegurando que há uma boa consistência interna em cada fator. Na versão portuguesa (Nunes et al., 2018), validada com uma amostra de 200 indivíduos com idades compreendidas entre os 18 e os 23 anos, o *Alpha* de Cronbach revelou um bom coeficiente padronizado ($\alpha = .86$) e também o alfa ordinal ($\alpha_{ordinal} = .89$), com todos os itens importantes para a confiabilidade total. A correlação item-total ficou acima de $r > .45$, constatando uma boa discriminação dos itens da escala. Todos os itens tinham cargas superiores a .45. Posto isto, e analisando as propriedades psicométricas da versão portuguesa, é passível de ser assegurado que estes resultados evidenciam que o CENVE demonstra confiabilidade adequada. No presente estudo, foram encontrados os seguintes valores de alfas de Cronbach para cada dimensão: saúde ($\alpha = .80$), motivação ($\alpha = .81$), personalidade ($\alpha = .81$) e CENVE total ($\alpha = .89$).

Por último, devido à ausência de instrumentos validados adequadamente, a avaliação da validade convergente portuguesa do CENVE não foi factível. Mais se evidencia que este instrumento é de acesso livre (Anexo D), por conseguinte, nenhuma autorização foi solicitada aos autores originais¹.

¹ A autorização do uso da escala foi facultada à investigadora responsável pela linha de investigação.

6.3. Questionário sobre Percepções de Envelhecimento (QPE; Barker et al., 2007; versão portuguesa - Beja & Franco, 2009)

Para avaliar a percepção sobre o envelhecimento foi empregue o Questionário sobre Percepções de Envelhecimento (QPE) desenvolvido por Barker e colaboradores (2007) e adaptado para a língua portuguesa por Beja e Franco (2009). Este instrumento assume-se como um questionário de avaliação multidimensional, cujo fundamento coloca a ênfase no modelo de autorregulação de Leventhal (Barker et al., 2007). O QPE avalia a percepção do envelhecimento com base em oito domínios distintos, sendo que sete destes integram opiniões sobre o próprio envelhecimento e o oitavo é designado domínio da identidade, que tem como fulcro analisar a experiência dos indivíduos com as alterações a respeito de doenças. Este último domínio não foi explorado na presente investigação. O pressuposto chave do modelo previamente citado é que o indivíduo configura uma representação da sua doença ou ameaça à saúde, que pode ser estudada sob o ângulo de diferentes dimensões, especificamente: (i) Identidade (Id1-Id17) - que versa sobre crenças acerca do envelhecimento e a sua ligação à doença e aos sintomas, isto é, ligação entre o envelhecimento e as mudanças vinculadas com a saúde a nível de funcionamento muscular, cardiovascular, pulmonar, neurológico e psiquiátrico (e.g. "Tenho consciência de estar a envelhecer a cada momento"); (ii) Duração - que se reporta à crença acerca da duração e da forma como percebe o envelhecimento e engloba a Duração Crónica (itens 1-5; e.g. "Sinto a minha idade em tudo o que faço") - de que forma a consciência sobre envelhecimento é crónica e a Duração Cíclica (itens 27, 28, 30-32; e.g. "Passo por ciclos em que a minha experiência de envelhecer ora melhora, ora piora") - em que medida o indivíduo experiencia variações na consciência na forma como percebe o envelhecimento; (iii) Consequências - que remete a crenças acerca do impacto do envelhecimento nos diferentes domínios da vida do indivíduo, implicando Consequências positivas (itens 6-8; e.g. "À medida que envelheço fico mais sábio") - relacionadas com uma maior criatividade e bem-estar subjetivo e Consequências negativas (itens 16-20; e.g. "Envelhecer limita as coisas que consigo fazer") - associadas com depressão e bem-estar subjetivo baixo; (iv) Controlo - que incide em crenças acerca dos modos pessoais de lidar com a experiência do envelhecimento, englobando o Controlo positivo (itens 10-12, 14, 15; e.g. "À medida que envelheço, há muito que posso fazer para manter a minha independência") - crença de controlo na sua experiência de envelhecimento e o Controlo negativo (itens 21-24; e.g. "Não tenho controlo sobre os efeitos do envelhecimento na minha vida social") -

crença na ausência de controlo sobre a sua experiência de envelhecimento; e (v) resposta emocional gerada pelo envelhecimento, sendo baseada nas emoções negativas como ansiedade, depressão, raiva medo, zanga e tristeza.

Nas primeiras 7 subescalas constituídas por 32 itens, estas são cotadas numa escala *Likert* de 5 pontos, desde "discordo fortemente = 0" até "concordo plenamente = 5". A última subescala "identidade" é composta por 17 itens em que os participantes indicam se experienciaram ou não determinada mudança associada com a sua saúde nos últimos dez anos, sendo que a pontuação varia entre sim = 1 e não = 0. Na hipótese de resposta afirmativa é questionado se essa mudança se deve ao facto de estar a envelhecer, sendo novamente atribuído sim = 1 e não = 0. A pontuação da dimensão identidade é indicada em percentagem (0-100) e é calculada por intermédio da divisão entre as mudanças de saúde conferidas ao envelhecimento e as alterações de saúde já experienciadas, multiplicando por 100. Na escala original Irlandesa de Barker e colaboradores (2007), foi elaborado um estudo para a sua respetiva validação cuja amostra foi de 2033 indivíduos com idade superior aos 65 anos. A consistência interna, foi considerada satisfatória, como se pode convalidar pelos valores consecutivos: duração crónica ($\alpha = .86$); duração cíclica ($\alpha = .89$); consequências negativas ($\alpha = .80$); controlo positivo ($\alpha = .80$); controlo negativo ($\alpha = .73$); representações emocionais ($\alpha = .74$), à exceção da escala de consequências positivas ($\alpha = .64$). O coeficiente *Alpha* de Cronbach das restantes escalas encontra-se acima do valor .70, transcendendo normalmente os .80. Estes resultados elevados sustentam que o QPE foi um questionário válido e fidedigno na população Irlandesa. Neste estudo, os alfas de Cronbach encontrados para cada dimensão foram os seguintes: duração crónica ($\alpha = .84$); duração cíclica ($\alpha = .86$); consequências positivas ($\alpha = .78$); consequências negativas ($\alpha = .90$); controlo positivo ($\alpha = .88$); controlo negativo ($\alpha = .86$); e representações emocionais ($\alpha = .89$).

No que concerne à validade foi realizada uma análise de escalonamento de *Moken* em que os valores de homogeneidade da duração crónica ($H = .62$), duração cíclica ($H = .65$), consequências negativas ($H = .56$) controlo positivo ($H = .48$) e representação emocional ($H = .55$), denotam que os itens estão fortemente escalonados (Barker et al., 2007). Na análise fatorial o modelo foi adequado ($\chi^2 = 2788$, $DF = 496$, $CFI = .91$, $IFI = .91$, $GFI = .91$, $RMSEA = .05$, $p < .001$) indicando que cada subescala mede um única dimensão da experiência individual de envelhecimento (Barker et al., 2007). Assim, induz-se que O QPE é um instrumento com boas propriedades

psicométricas que está subjugado à avaliação das percepções do envelhecimento, contribuindo para um melhor entendimento da experiência única que é esta etapa da vida.

7. Análise estatística

Posteriormente à recolha dos dados, estes foram codificados e analisados com recurso ao programa estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 23. Foram efetuadas análises relativamente aos *Alphas* de Cronbach e, em concordância com os resultados, foram realizadas análises de regressão linear múltipla preservando todos os pressupostos de Homogeneidade de modo a efetivar uma análise precisa do efeito de cada preditor significativo na variável resultado. Foram também realizadas análises estatísticas, nomeadamente, análises descritivas, análises inferenciais e análises de correlação. Consoante os pressupostos que este estudo reúne, foram privilegiados testes não paramétricos, sendo que os resultados do teste de normalidade (testes de *Kolmogorov-Smirnov*) e a natureza da variáveis apontam para o escolha dos testes estatísticos. Posto isto, procedeu-se à realização de testes para avaliar diferenças, nomeadamente com recurso ao Teste *U* de *Mann-Whitney* e Teste *H* de *Kruskal-Wallis* e a análises de correlação com a utilização do coeficiente de correlação de *Spearman* para analisar a relação entre os construtos (em unanimidade com a natureza das variáveis). O coeficiente de correlação de *Spearman* (r_s) varia de -1 a 1. O sinal indica a direção positiva ou negativa da correlação e o valor sugere a magnitude da mesma entre as variáveis (Filho & Júnior, 2009). De modo a analisar a direção das correlações significativas e a magnitude dos coeficientes, foram seguidos os critérios de Cohen (1988), em que um coeficiente entre .10 e .29 é considerado de baixa magnitude, um coeficiente de .30 a .49 é designado de magnitude moderada e um coeficiente de .50 a 1.0 é consignado de magnitude elevada.

8. Resultados

8.1. Relação entre dimensões do *CENVE* e dimensões do *QPE*

As relações entre as dimensões do *CENVE* e do *QPE* foram exploradas utilizando o coeficiente de correlação de *Spearman*. Como se apresenta na tabela 3, foram encontradas correlações estatisticamente significativas e positivas entre a dimensão Saúde e Duração Crónica ($r_s = .51, p < .01$), Duração Cíclica ($r_s = .54, p < .01$), Consequências Negativas ($r_s = .58, p < .01$) e Representações Emocionais ($r_s =$

.53, $p < .01$). Encontrou-se, ainda, uma correlação estatisticamente significativa e negativa entre a dimensão Saúde e Controlo Negativo ($r_s = -.52, p < .01$). Todas estas correlações são de magnitude elevada, com altos níveis destas dimensões associados a níveis mais elevados de autoperceções negativas.

Relativamente à dimensão Motivação, encontraram-se correlações estatisticamente significativas, positivas e de magnitude elevada entre a Duração Crónica ($r_s = .51, p < .01$), Duração Cíclica ($r_s = .55, p < .01$), Consequências Negativas ($r_s = .62, p < .01$) e Representações Emocionais ($r_s = .53, p < .01$), e uma correlação estatisticamente significativa, negativa e também de magnitude alta entre Motivação e Controlo Negativo ($r_s = -.52, p < .01$). A nível do fator Personalidade, observam-se correlações estatisticamente significativas, positivas e de magnitude moderada entre a Duração Crónica ($r_s = .36, p < .01$), Duração Cíclica ($r_s = .43, p < .01$) e Representações Emocionais ($r_s = .39, p < .01$) e uma correlação de magnitude elevada entre Consequências Negativas ($r_s = .51, p < .01$) e, ainda, uma correlação significativa e negativa com o Controlo Negativo ($r_s = -.42, p < .01$), de magnitude moderada.

Por fim, no que concerne ao CENVE total, verificam-se correlações estatisticamente significativas, positivas e de magnitude alta entre Duração Cíclica ($r_s = .57, p < .01$), Consequências Negativas ($r_s = .63, p < .01$) e Controlo Negativo ($r_s = -.55, p < .01$), sendo esta última negativa. Na Duração Crónica ($r_s = .48, p < .01$) e nas Representações Emocionais ($r_s = .54, p < .01$), constatarem-se correlações significativas, positivas e de moderada magnitude com o CENVE total.

Tabela 3

Correlações de Spearman entre as dimensões do CENVE e do QPE

	DCR	DCC	CP	CN	CT PS	CT NG	RE
Saúde	.51**	.54**	.05	.58**	.06	-.52**	.53**
Motivação	.51**	.55**	-.01	.62**	.04	-.52**	.53**
Personalidade	.36**	.43**	.06	.51**	.08	-.42**	.39**
CENVE total	.48**	.57**	.09	.63**	.105	-.55**	.54**

Nota: ** $p < .01$; DCR = Duração Crónica; DCC = Duração Cíclica; CP = Consequências Positivas; CN = Consequências Negativas; CT PS = Controlo Positivo; CT NG = Controlo Negativo; RE = Representações Emocionais.

8.2. Diferenças nas dimensões do CENVE em função do sexo

Com recurso ao teste U de *Mann-Whitney* foram analisadas as diferenças nas dimensões do CENVE em função do sexo. Como se apresenta na tabela 4, encontram-se diferenças estatisticamente significativas e positivas entre o sexo feminino ($OM = 129.18$) na dimensão Saúde ($U = 5820.000$, $p = .03$); entre o sexo feminino ($OM = 132.19$) na Motivação ($U = 5374.500$, $p = .003$); e, de igual modo, entre o sexo feminino ($OM = 128.93$) no CENVE total ($U = 5857.000$, $p = .04$). Apenas no fator Personalidade as diferenças foram não significativas.

Tabela 4

Diferenças nas dimensões do CENVE em função do sexo

	Masculino	Feminino	Mann-Whitney	
	<i>OM</i> ($n = 94$)	<i>OM</i> ($n = 148$)	U	p
Saúde	109.41	129.18	5820.000	.03
Motivação	104.68	132.19	5374.500	.003
Personalidade	117.69	123.92	6598.000	.50
CENVE total	109.81	128.93	5857.000	.04

Nota: OM = Ordem Média; U = Teste de *Mann-Whitney*; p = significância.

8.3. Diferenças nas dimensões do *QPE* em função do sexo

Foi utilizado o teste U de *Mann-Whitney* para avaliar as diferenças nas dimensões do *QPE* em função do sexo. Como se evidencia na tabela 5, encontram-se pontuações médias mais elevadas entre o sexo feminino, sendo as diferenças estatisticamente significativas nas dimensões Duração Cíclica ($U = 5345.000$, $p = .002$) e Representações Emocionais ($U = 5404.500$, $p = .003$). Também se encontra uma diferença estatisticamente significativa na dimensão Controlo Negativo ($U = 5494.000$, $p = .005$), mas com pontuações médias mais elevadas entre o sexo masculino ($OM = 137.05$).

Tabela 5

Diferenças nas dimensões do QPE em função do sexo

	Masculino	Feminino	Mann-Whitney
--	-----------	----------	--------------

(continua)

Tabela 5

Diferenças nas dimensões do QPE em função do sexo (continuação)

	Masculino	Feminino	Mann-Whitney	
	<i>OM</i> (<i>n</i> = 94)	<i>OM</i> (<i>n</i> = 148)	<i>U</i>	<i>p</i>
DCR	114.86	125.72	6332.000	.24
DCC	104.37	132.38	5345.000	.002
CP	129.86	116.61	6233.000	.17
CN	113.93	126.31	6244.500	.18
CT PS	124.09	119.86	6713.000	.64
CT NG	137.05	111.62	5494.000	.005
RE	104.99	131.98	5404.500	.003

Nota: *OM* = Ordem Média; *U* = Teste de *Mann-Whitney*; *p* = significância; *DCR* = Duração Crónica; *DCC* = Duração Cíclica; *CP* = Consequências Positivas; *CN* = Consequências Negativas; *CT PS* = Controlo Positivo; *CT NG* = Controlo Negativo; *RE* = Representações Emocionais.

8.4. Diferenças nas dimensões do *CENVE* em função da área de residência

Mediante o recurso ao teste de *Kruskal-Wallis*, encontram-se diferenças estatisticamente significativas no fator Personalidade [$\chi^2_{(2)} = 8.594, p = .01$] e *CENVE* total [$\chi^2_{(2)} = 6.522, p = .04$] em função da área de residência. Aplicando o teste de *Mann-Whitney* com a correção de Bonferroni ($p = .017$), é possível assumir que, no fator Personalidade, as diferenças se encontram entre residir em meio rural e urbano, apontando para a existência de mais estereótipos negativos associados à personalidade ($U = 4820.500, p = .005$) como embotamento afetivo, rigidez mental, etc, nos adultos mais velhos que residem em aldeias ($OM = 123.08$), comparativamente aos que vivem no meio urbano. Foram, analogamente, encontradas diferenças entre o meio rural e urbano no *CENVE* total ($U = 4972.500, p = .014$), corroborando o facto dos adultos mais velhos residentes em meio rural apresentarem estereótipos mais negativos sobre o envelhecimento ($OM = 121.76$).

Tabela 5

Diferenças nas dimensões do CENVE em função da área de residência

	Rural	Urbana	Semiurbana	Kruskal-Wallis	
	<i>OM</i> (<i>n</i> = 115)	<i>OM</i> (<i>n</i> = 107)	<i>OM</i> (<i>n</i> = 20)	χ^2	<i>p</i>
Saúde	127.61	117.37	108.48	1.973	.37
Motivação	131.17	114.71	102.28	4.742	.09
Personalidade	135.27	108.59	111.35	8.594	.01
CENVE total	133.52	109.99	113.98	6.522	.04

Nota: *OM* = Ordem Média; χ^2 = Distribuição do Qui-quadrado; *p* = significância.

8.5. Diferenças nas dimensões do *QPE* em função da área de residência

Foi utilizado o teste *H* de *Kruskal-Wallis* para analisar as diferenças nas dimensões do *QPE* em função da área de residência. Como apresentado na tabela 6, encontraram-se diferenças estatisticamente significativas na Duração Cíclica [$\chi^2_{(2)} = 8.780$, *p* = .01], Consequências Negativas [$\chi^2_{(2)} = 11.246$, *p* = .004] e Representações Emocionais [$\chi^2_{(2)} = 7.438$, *p* = .02]. Com recurso ao teste de *Mann-Whitney* com a correção de Bonferroni (*p* = .017), depreende-se que as diferenças se encontram entre os adultos mais velhos que residem em área rural e urbana (*U* = 4766.500, *p* = .004) na Duração Cíclica, com pontuações médias superiores nos indivíduos residentes em meio rural (*OM* = 123.55), nas Consequências Negativas (*U* = 4660.500, *p* = .002) entre os adultos mais velhos que vivem em áreas rurais (*OM* = 124.47) e, ainda, nas Representações Emocionais (*U* = 4875.500, *p* = .007), onde as pontuações mais elevadas foram observadas no grupo que reside em meio rural (*OM* = 122.60).

Tabela 6

Diferenças nas dimensões do QPE em função da área de residência

	Rural	Urbana	Semiurbana	Kruskal-Wallis	
	<i>OM</i> (<i>n</i> = 115)	<i>OM</i> (<i>n</i> = 107)	<i>OM</i> (<i>n</i> = 20)	χ^2	<i>p</i>
DCR	130.71	113.52	111.20	3.848	.15
DCC	135.15	107.46	118.15	8.780	.01
CP	126.85	111.48	144.38	5.196	.07

(continua)

Tabela 6

Diferenças nas dimensões do QPE em função da área de residência (continuação)

	Rural	Urbana	Semiurbana	Kruskal-Wallis	
	<i>OM</i> (<i>n</i> = 115)	<i>OM</i> (<i>n</i> = 107)	<i>OM</i> (<i>n</i> = 20)	χ^2	<i>p</i>
CN	137.27	107.52	105.63	11.246	.004
CT PS	125.03	114.72	137.43	2.386	.30
CT NG	112.33	128.98	134.18	3.925	.14
RE	134.03	108.49	119.08	7.438	.02

Nota: *OM* = Ordem Média; χ^2 = Distribuição do Qui-quadrado; *p* = significância; *DCR* = Duração Crónica; *DCC* = Duração Cíclica; *CP* = Consequências Positivas; *CN* = Consequências Negativas; *CT PS* = Controlo Positivo; *CT NG* = Controlo Negativo; *RE* = Representações Emocionais.

8.6. Diferenças nas dimensões do *CENVE* em adultos mais velhos institucionalizados e adultos mais velhos não institucionalizados

Foi utilizado o teste *U* de *Mann-Whitney* para avaliar as diferenças nas dimensões do *CENVE* entre adultos mais velhos institucionalizados e adultos mais velhos não institucionalizados. Considerando a tabela 7, é passível de ser referido que existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos geriátricos em todas as dimensões do *CENVE*, nomeadamente na Saúde ($U = 2790.500, p < .01$), Motivação ($U = 5319.000, p < .01$), Personalidade ($U = 6050.000, p < .01$) e *CENVE* total ($U = 5698.500, p < .01$), sublinhando que os adultos mais velhos institucionalizados apresentam pontuações médias mais elevadas, quando comparados com os não institucionalizados, apresentando, assim, mais estereótipos negativos acerca do envelhecimento.

Tabela 7

Diferenças entre adultos mais velhos institucionalizados e não institucionalizados (CENVE)

	Não institucionalizados	Institucionalizados	Mann-Whitney
--	----------------------------	---------------------	--------------

(continua)

Tabela 7

Diferenças entre adultos mais velhos institucionalizados e não institucionalizados (CENVE; continuação)

	Não institucionalizados	Institucionalizados	Mann-Whitney	
	<i>OM</i> (<i>n</i> = 127)	<i>OM</i> (<i>n</i> = 115)	<i>U</i>	<i>p</i>
Saúde	85.97	160.73	2790.500	<.01
Motivação	85.42	161.35	5319.000	<.01
Personalidade	100.11	145.12	6050.000	<.01
CENVE total	90.24	156.02	5698.500	<.01

Nota: *OM* = Ordem Média; *U* = Teste de *Mann-Whitney*; *p* = significância.

8.7. Diferenças nas dimensões do *QPE* em adultos mais velhos institucionalizados e adultos mais velhos não institucionalizados

De modo a avaliar as diferenças nas dimensões do *QPE* em função da institucionalização, foi utilizado o teste *U* de *Mann-Whitney*. Como representado na tabela 8, encontram-se diferenças estatisticamente significativas entre os adultos mais velhos institucionalizados e adultos mais velhos não institucionalizados na Duração Crónica ($U = 3103.000$, $p < .01$), Duração Cíclica ($U = 4440.500$, $p < .01$), Consequências Negativas ($U = 4437.500$, $p < .01$), Controlo Negativo ($U = 3914.500$, $p < .01$) e Representações Emocionais ($U = 4732.500$, $p < .01$), com os adultos mais velhos institucionalizados a denotar autoperceções negativas mais elevadas acerca do processo de envelhecimento em todas as dimensões supracitadas, à exceção do Controlo Negativo, no qual as pontuações médias são superiores nos adultos mais velhos não institucionalizados ($OM = 148.18$).

Tabela 8

Diferenças entre adultos mais velhos institucionalizados e não institucionalizados (QPE)

	Não institucionalizados	Institucionalizados	Mann-Whitney
--	----------------------------	---------------------	--------------

(continua)

Tabela 8

Diferenças entre adultos mais velhos institucionalizados e não institucionalizados (QPE; continuação)

	Não	Institucionalizados	Mann-Whitney	
	institucionalizados		<i>U</i>	<i>p</i>
	<i>OM</i> (<i>n</i> = 127)	<i>OM</i> (<i>n</i> = 115)		
DCR	88.43	158.02	3103.000	<.01
DCC	98.96	146.39	4440.500	<.01
CP	126.20	116.30	6705.000	.26
CN	98.94	146.41	4437.500	<.01
CT PS	113.89	129.90	6336.000	.07
CT NG	148.18	92.04	3914.500	<.01
RE	101.26	143.85	4732.000	<.01

8.8. Diferenças nas dimensões do CENVE e do QPE em função da formação na área do envelhecimento

Com o intuito de analisar as diferenças nas dimensões do CENVE e do QPE em função da formação na área do envelhecimento, foi utilizado o teste *U* de *Mann-Whitney*. Como se apresenta na tabela 9, encontram-se diferenças estatisticamente significativas entre a formação e as dimensões do CENVE, ou seja, na Saúde ($U = 125.000$, $p = .01$), Motivação ($U = 139.000$, $p = .01$), Personalidade ($U = 135.000$, $p = .01$) e CENVE total ($U = 86.000$, $p = .005$), sendo que as pontuações médias superiores encontram-se, sem exceção, nos adultos mais velhos que não possuem formação na área.

Em referência às dimensões do QPE, e considerando a tabela 9, não se constata a existência de diferenças estatisticamente significativas entre adultos mais velhos que possuem formação (formal ou informal) na área do envelhecimento e adultos mais velhos que não possuem.

Tabela 9

Diferenças entre as dimensões do CENVE e do QPE e formação na área do envelhecimento

	Com formação	Sem formação	Mann-Whitney	
	<i>OM</i> (<i>n</i> = 4)	<i>OM</i> (<i>n</i> = 238)	<i>U</i>	<i>p</i>
Saúde	33.75	122.97	125.500	.01
Motivação	34.75	122.96	129.000	.01
Personalidade	33.75	122.97	125.000	.01
CENVE total	24.00	123.14	86.000	.005
DCR	128.63	121.38	447.500	.84
DCC	82.38	122.16	319.500	.26
CP	186.50	120.41	216.000	.06
CN	73.75	122.30	285.000	.17
CT PS	173.00	120.63	270.000	.13
CT NG	166.63	120.74	295.500	.19
RE	95.88	121.93	373.500	.46

Nota: *OM* = Ordem Média; *U* = Teste de *Mann-Whitney*; *p* = significância; *DCR* = Duração Crónica; *DCC* = Duração Cíclica; *CP* = Consequências Positivas; *CN* = Consequências Negativas; *CT PS* = Controlo Positivo; *CT NG* = Controlo Negativo; *RE* = Representações Emocionais.

8.9. Diferenças nas dimensões do CENVE e do QPE em função do contacto intergeracional

Para analisar as diferenças entre as dimensões do CENVE e do QPE em função do contacto intergeracional (filhos) empregou-se o teste *U* de *Mann-Whitney*. Como se observa na tabela 11, encontram-se diferenças estatisticamente significativas na dimensão Saúde do CENVE ($U = 3873.500$, $p = .05$), sendo que as pontuações médias mais elevadas incidem nos adultos mais velhos com ausência de contacto intergeracional, nomeadamente, através dos filhos. As restantes dimensões do CENVE e do QPE não revelaram diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 11

Diferenças entre as dimensões do CENVE e do QPE e contacto intergeracional

	Contacto	Sem contacto	Mann-Whitney	
	intergeracional	intergeracional	<i>U</i>	<i>p</i>
	(filhos)	(filhos)		
	<i>OM</i> (<i>n</i> = 193)	<i>OM</i> (<i>n</i> = 49)		
Saúde	117.07	138.95	3873.500	.05
Motivação	118.73	132.40	4194.500	.22
Personalidade	120.45	125.62	4526.500	.64
CENVE total	118.14	134.73	4080.000	.12
DCR	121.14	122.91	4659.500	.87
DCC	119.27	130.29	4298.000	.32
CP	123.06	115.37	4428.000	.48
CN	118.27	134.21	4105.500	.15
CT PS	119.92	127.72	4423.500	.48
CT NG	124.95	107.92	4063.000	.13
RE	122.67	116.88	4502.000	.60

Nota: *OM* = Ordem Média; *U* = Teste de *Mann-Whitney*; *p* = significância; *DCR* = Duração Crónica; *DCC* = Duração Cíclica; *CP* = Consequências Positivas; *CN* = Consequências Negativas; *CT PS* = Controlo Positivo; *CT NG* = Controlo Negativo; *RE* = Representações Emocionais.

Mediante o teste *U* de *Mann-Whitney*, foram avaliadas as diferenças entre as dimensões do CENVE e do QPE em função do contacto intergeracional (netos). Em conformidade com a tabela 12, encontra-se uma diferença estatisticamente significativa na dimensão Saúde do CENVE ($U = 5007.000$, $p = .04$), com pontuações médias superiores nos adultos mais velhos que não mantêm um contacto tão frequente com netos.

Tabela 12

Diferenças entre as dimensões do CENVE e do QPE e contacto intergeracional

	Contacto	Sem contacto	Mann-Whitney	
	intergeracional	intergeracional	<i>U</i>	<i>p</i>
	(netos)	(netos)		
	<i>OM</i> (<i>n</i> = 172)	<i>OM</i> (<i>n</i> = 70)		
Saúde	115.61	135.97	5007.000	.04
Motivação	119.11	127.37	5609.000	.40
Personalidade	119.46	126.51	5669.500	.48
CENVE total	117.55	131.20	5341.000	.17
DCR	120.12	124.89	5782.500	.63
DCC	121.97	120.34	5939.000	.87
CP	124.94	113.06	5429.000	.22
CN	120.81	123.20	5901.000	.81
CT PS	121.13	122.41	5956.000	.90
CT NG	123.28	117.11	5713.000	.53
RE	126.39	109.49	5179.500	.09

Nota: *OM* = Ordem Média; *U* = Teste de *Mann-Whitney*; *p* = significância; *DCR* = Duração Crónica; *DCC* = Duração Cíclica; *CP* = Consequências Positivas; *CN* = Consequências Negativas; *CT PS* = Controlo Positivo; *CT NG* = Controlo Negativo; *RE* = Representações Emocionais.

8.1.1. Diferenças nas dimensões do CENVE e do QPE em função da idade (categorização etária)

Utilizando o teste de *Kruskal-Wallis*, foram analisadas as diferenças estatisticamente significativas das dimensões do CENVE e do QPE em função da idade. Conforme a tabela 13, é possível referir que se encontram diferenças estatisticamente significativas entre todas as dimensões anteditas do CENVE ($p < .01$), com pontuações médias mais elevadas nos adultos mais velhos muito velhos, à exceção da dimensão Personalidade [$\chi^2_{(2)} = 21.439$, $p < .01$], cuja ordem média é superior nos adultos mais velhos velhos. No QPE, as diferenças estatisticamente significativas encontram-se entre

a Duração Crónica, Duração Cíclica, Consequências Negativas, Controlo Negativo e Representações Emocionais ($p < .01$).

Administrou-se, deste modo, o teste de *Mann-Whitney* com a correção de Bonferroni ($p = .017$). As diferenças nas dimensões do CENVE, isto é, na Saúde ($U = 4820.500, p = .005$), Motivação ($U = 4820.500, p = .005$), Personalidade ($U = 4820.500, p = .005$) e CENVE total ($U = 4820.500, p = .005$), apresentaram pontuações médias superiores nos adultos mais velhos velhos. Também se verificam diferenças estatisticamente significativas entre o grupo dos adultos mais velhos jovens e adultos mais velhos muito velhos, em todas as dimensões ($p < .017$), encontrando-se as pontuações mais elevadas nos adultos mais velhos muito velhos.

No QPE, as diferenças encontram-se entre os adultos mais velhos jovens e os adultos mais velhos velhos em todas as dimensões significativas, nomeadamente Duração Crónica ($U = 2530.500, p < .01$), Duração Cíclica ($U = 2380.000, p < .01$), Consequências Negativas ($U = 2586.500, p = .001$), Controlo Negativo ($U = 2390.500, p < .01$) e Representações Emocionais ($U = 2244.500, p < .01$), com pontuações médias superiores nos adultos mais velhos velhos, com exceção da dimensão Controlo Negativo, onde são os adultos mais velhos jovens a pontuar de forma mais elevada ($OM = 102.21$). Também nas dimensões supramencionadas, as diferenças incidiram entre adultos mais velhos jovens e adultos mais velhos muito velhos ($p < .017$) e, à semelhança da inferência anterior, as pontuações mais altas são encontradas entre o grupo dos adultos mais velhos muito velhos em todas as dimensões do QPE, excluindo a dimensão Controlo Negativo, na qual a ordem média é maior nos adultos mais velhos jovens ($OM = 102.80$).

Tabela 13

Diferenças entre as dimensões do CENVE e do QPE em função da idade (categorização etária)

	Jovens (65-74)	Velhos (75-84)	Muitos velhos (>85)	Kruskal-Wallis	
	OM (n = 115)	OM (n = 65)	OM (n = 62)	χ^2	p
Saúde	94.73	135.95	156.01	35.235	<.01

(continua)

Tabela 13

Diferenças entre as dimensões do CENVE e do QPE em função da idade (categorização etária; continuação)

	Jovens	Velhos	Muitos velhos	Kruskal-Wallis	
	(65-74)	(75-84)	(>85)	χ^2	<i>p</i>
	<i>OM</i>	<i>OM</i>	<i>OM</i>		
	(<i>n</i> = 115)	(<i>n</i> = 65)	(<i>n</i> = 62)		
Motivação	90.47	143.72	155.77	44.322	<.01
Personalidade	99.78	143.35	138.89	21.439	<.01
CENVE total	94.55	139.95	152.15	33.487	<.01
DCR	95.26	133.65	157.44	34.764	<.01
DCC	98.19	141.61	143.66	24.491	<.01
CP	131.78	117.82	106.30	5.801	.06
CN	99.99	136.77	145.40	21.393	<.01
CT PS	122.32	115.63	126.13	.762	.68
CT NG	147.01	105.49	90.97	31.068	<.01
RE	99.83	148.33	133.56	22.512	<.01

Nota: *OM* = Ordem Média; χ^2 = Distribuição do Qui-quadrado; *p* = significância; *DCR* = Duração Crónica; *DCC* = Duração Cíclica; *CP* = Consequências Positivas; *CN* = Consequências Negativas; *CT PS* = Controlo Positivo; *CT NG* = Controlo Negativo; *RE* = Representações Emocionais.

8.1.2. Contributo dos fatores do CENVE na Duração Crónica.

Com o recurso à Regressão Linear Múltipla, com o método de *stepwise*, foram avaliados os mais fortes preditores das autoperceções negativas (Duração Crónica, Consequências Negativas, Controlo Negativo e Representações Emocionais). Verificados os pressupostos, os resultados permitem perceber um modelo estatisticamente significativo ($F = 47.388$, $p < .01$), com os preditores Saúde e Motivação a explicar 27.8% da variância da Duração Crónica ($R = .533$). Uma análise mais fina do efeito de cada um dos preditores significativos na variável resultado pode ser encontrada na tabela 14.

Tabela 14

Contributo dos fatores do CENVE na Duração Crónica

Modelo	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados		
	<i>B</i>	Erro	β	<i>t</i>	<i>p</i>
(Constante)	1.616	.204		7.905	<.01
Saúde	.427	.115	.326	3.706	<.01
Motivação	.281	.104	.237	2.693	.008

8.1.3. Contributo dos fatores do CENVE nas Consequências Negativas

Já no que diz respeito às Consequências Negativas, encontra-se um modelo estatisticamente significativo ($F = 171.122$, $p < .01$), com o preditor Estereótipos Negativos (CENVE total) a explicar 41.4% da variância do resultado, com ajustamento aceitável ($R = .645$). Os contributos dos preditores significativos são apresentados na tabela 15.

Tabela 15

Contributo dos fatores do CENVE nas Consequências Negativas

Modelo	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados		
	<i>B</i>	Erro	β	<i>t</i>	<i>p</i>
(Constante)	.399	.252		1.580	.12
CENVE total	1.200	.092	.645	13.081	<.01

8.1.4. Contributo dos fatores do CENVE no Controlo Negativo

Em relação ao Controlo Negativo, encontra-se um modelo estatisticamente significativo ($F = 124.535$, $p < .01$), com o preditor Estereótipos Negativos (CENVE total) a explicar 33.9% da variância do resultado ($R = .584$). Na tabela 16, é possível encontrar uma análise mais fina do contributo dos preditor significativo.

Tabela 16.

Contributo dos fatores do CENVE no Controlo Negativo

Modelo	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados		
	<i>B</i>	Erro	β	<i>t</i>	<i>p</i>
(Constante)	5.444	.268		20.279	<.01
CENVE total	-1.089	.098	-.584	11.160	<.01

8.1.5. Contributo dos fatores do CENVE nas Representações Emocionais

Por fim, no que concerne às Representações Emocionais, encontra-se um modelo estatisticamente significativo ($F = 54.807$, $p < .01$), com os preditores Estereótipos Negativos (CENVE total) e Personalidade a explicar 30.9% da variância do resultado ($R = .561$). Uma análise mais detalhada se deste contributo pode ser observada na tabela 17.

Tabela 17

Contributo dos fatores do CENVE nas Representações Emocionais

Modelo	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados		
	<i>B</i>	Erro	β	<i>t</i>	<i>p</i>
(Constante)	-.149	.314		-.476	.635
CENVE total	1.538	.217	.776	7.091	<.01
Personalidade	-.388	.161	-.264	-2.412	.017

8.1.6. Diferenças nas dimensões do CENVE e do QPE em função da perceção de saúde

Foi utilizado o teste de *Kruskal-Wallis* para analisar diferenças entre os fatores do CENVE e do QPE em função da perceção de saúde. Como demonstrado na tabela 18, encontram-se diferenças estatisticamente significativas em todos os fatores, em relação à perceção de saúde. Com recurso ao teste de *Mann-Whitney* com a correção de Bonferroni ($p = .005$), é possível salientar que, as diferenças se encontram entre uma

perceção de saúde muito boa e má nos fatores Saúde ($U = 23.500, p = .002$), Motivação ($U = 15.500, p < .005$) e CENVE total ($U = 24.000, p = .002$), com pontuações médias mais elevadas nos adultos mais velhos com uma má perceção. Também se encontraram diferenças estatisticamente significativas, em todos os fatores do CENVE ($p < .005$), entre os adultos mais velhos que evidenciam uma perceção boa e má, com pontuações mais elevadas nos que possuem uma má perceção da saúde. Encontraram-se, ainda, diferenças entre o grupo com uma perceção normal e má em todos os fatores do CENVE, como na Saúde, ($U = 1633.500, p < .005$), Motivação ($U = 1527.000, p = .005$), Personalidade ($U = 1793.000, p = .002$) e CENVE total ($U = 1669.500, p < .001$).

Como se pode observar na tabela 18, relativamente ao QPE, encontram-se diferenças estatisticamente significativas nas dimensões Duração Crónica, Duração Cíclica, Consequências Positivas, Consequências Negativas, Controlo Positivo, Controlo Negativo e Representações Emocionais. Aplicando o teste de *Mann-Whitney* com a correcção de Bonferroni ($p < .005$), as diferenças foram encontradas entre possuir uma perceção muito boa e má, nas dimensões Duração Crónica ($U = 21.000, p = .001$) e Duração Cíclica ($U = 10.500, p < .005$), com pontuações mais elevadas no grupo de adultos mais velhos que possui uma má perceção acerca da saúde na primeira ($OM = 24.43$) e na segunda ($OM = 24.72$) dimensões, respetivamente.

As diferenças também se assumiram entre o grupo que considera a sua saúde como "Muito boa" e o grupo que não soube expressar a sua perceção ("Não sei") na dimensão Duração Cíclica, com pontuações mais elevadas nos adultos mais velhos que responderam não saber avaliar a sua saúde ($OM = 9.50$). Analogamente, diferenças foram verificadas entre os grupos que consideram a sua saúde "Boa" e "Má" em todas as dimensões do QPE ($p < .005$), com exclusão das dimensões Controlo Positivo e Representações Emocionais, sendo que as pontuações médias são mais altas entre os adultos mais velhos que percecionam a sua saúde como "Má" na Duração Crónica ($OM = 57.36$), Duração Cíclica ($OM = 54.65$) e Consequências Negativas ($OM = 57.66$) e mais elevadas em quem avalia a saúde como "Boa" no Controlo Positivo ($OM = 53.01$) e Controlo Negativo ($OM = 53.61$). Entre os grupos "Normal" e "Má", os resultados foram significativos nas dimensões referidas anteriormente, com valores mais elevados nos adultos mais velhos com má perceção da saúde nas dimensões Duração Crónica, Duração Cíclica, Consequências Negativas. No Controlo Positivo e Controlo Negativo, os indivíduos que pontuaram mais foram os que avaliam a sua saúde como "Normal".

Tabela 18

Diferenças nas dimensões do CENVE e do QPE em função da percepção de saúde

	MB	B	N	M	NS	Kruskal-Wallis	
	<i>OM</i>	<i>OM</i>	<i>OM</i>	<i>OM</i>	<i>OM</i>	χ^2	<i>p</i>
	(<i>n</i> = 6)	(<i>n</i> = 50)	(<i>n</i> = 143)	(<i>n</i> = 37)	(<i>n</i> = 6)		
Saúde	69.42	94.94	129.25	166.96	129.25	26.642	<.01
Motivação	80.42	103.56	116.21	169,74	140.67	24.362	<.01
Personalidade	113.17	92.22	121.72	159.78	132.50	20.247	<.01
CENVE total	77.58	94.84	120.64	165.62	136.08	24,631	<.01
DCR	61.00	108.65	113.61	175.28	145.42	30.793	<.01
DCC	47.00	107.23	119.19	160.85	127.33	20.899	<.01
CP	156.42	138.55	121.63	97.68	88.25	10.492	.03
CN	108.58	97.15	117.31	169.46	141.33	24.864	<.01
CT PS	129.58	144.31	124.64	82.30	90.17	18.922	.001
CT NG	104.08	137.03	131.12	72.42	82.92	26.050	<.01
RE	67.00	110.98	120.22	149.38	122.25	10.735	.03

Nota: *OM* = Ordem Média; χ^2 = Distribuição do Qui-quadrado; *p* = significância; *DCR* = Duração Crónica; *DCC* = Duração Cíclica; *CP* = Consequências Positivas; *CN* = Consequências Negativas; *CT PS* = Controlo Positivo; *CT NG* = Controlo Negativo; *RE* = Representações Emocionais; *MB* = Muito Boa; *B* = Boa; *N* = Normal; *M* = Má; *NS* = Não Sei.

8.1.7. Diferenças nas dimensões do CENVE e do QPE em função da percepção de início da adultez tardia

Para avaliar as diferenças entre os fatores do CENVE e do QPE em função da percepção de início da adultez tardia, recorreu-se ao teste de *Kruskal-Wallis*. Como demonstrado na tabela 19, encontram-se diferenças estatisticamente significativas em todos os fatores do CENVE em referência à percepção da adultez tardia. Aplicando o teste de *Mann-Whitney* com a correção de Bonferroni ($p < .005$), deduz-se que, na Personalidade, as diferenças se encontram entre o grupo "Anterior aos 65 anos" e o grupo "Adultos mais velhos velhos (75-84)", com pontuações superiores no primeiro grupo ($U = 47.000$, $p = .005$). De modo semelhante, encontram-se diferenças entre o

grupo "Anterior aos 65" e o grupo "Depende da idade funcional ou do limite biológico" e entre o grupo "Adultos mais velhos jovens (65-74)" e "Depende da idade funcional ou do limite biológico" em todas as dimensões ($p < .005$), excepto na Motivação.

No que se refere ao QPE, e com recurso à tabela 19, encontram-se diferenças entre a Duração Crónica, Consequências Negativas e Controlo Negativo e a percepção do início da adultez tardia. De acordo com o teste de *Mann-Whitney* com a correção de Bonferroni ($p < .005$), encontram-se diferenças estatisticamente significativas entre o grupo que considera "Anterior aos 65" e o grupo que respondeu "Depende da idade funcional ou do limite biológico" ($U = 10.000$, $p = .005$) no Controlo Negativo, com pontuações médias superiores entre o grupo ligado à capacidade funcional e biológica ($OM = 13.88$). Nas Consequências Negativas ($U = 629.500$, $p < .005$), observam-se diferenças entre o grupo "Adultos mais velhos jovens (65-74)" e "Adultos mais velhos velhos (75-84)", encontrando-se as pontuações mais elevadas no primeiro grupo ($OM = 58.36$).

Entre o grupo que considera o início da adultez tardia entre os 65 e 74 anos e o grupo que considera o seu início como estando dependente da idade funcional ou limite biológico também se encontram diferenças significativas em todas as dimensões ($p < .005$), sendo que os valores mais altos se encontram no primeiro grupo na Duração Crónica ($OM = 35.41$) e Consequências Negativas ($OM = 36.01$) e no segundo grupo no Controlo Negativo ($OM = 43.72$). Mais se assegura a existência de diferenças entre o grupo que considera o início da adultez tardia entre 75 e 84 anos, com pontuações superiores ($OM = 37.70$), e o grupo dependente da capacidade funcional e de índole biológica, na Duração Crónica ($U = 219.500$, $p = .005$).

Tabela 19

Diferenças entre o CENVE e o QPE na percepção do início da adultez tardia em adultos mais velhos não institucionalizados

	<65	65-74	75-84	85 ou mais	IF/LB	Kruskal-Wallis	
	<i>OM</i>	<i>OM</i>	<i>OM</i>	<i>OM</i>	<i>OM</i>	χ^2	<i>p</i>
	(<i>n</i> = 6)	(<i>n</i> = 43)	(<i>n</i> = 51)	(<i>n</i> = 11)	(<i>n</i> = 16)		
Saúde	87.58	71.57	60.41	75.05	38.66	13.565	.009

(continua)

Tabela 19

Diferenças entre o CENVE e o QPE na percepção do início da adultez tardia em adultos mais velhos não institucionalizados (continuação)

	<65	65-74	75-84	85 ou mais	IF/LB	Kruskal-Wallis	
	OM (n = 6)	OM (n = 43)	OM (n = 51)	OM (n = 11)	OM (n = 16)	χ^2	p
Motivação	89.33	72.43	58.55	72.00	43.72	11.728	.019
Personalidade	100.25	77.35	55.56	67.50	39.03	21.891	< .01
CENVE total	97.92	75.03	56.47	70.86	40.91	17.812	.001
DCR	85.08	78.19	61.03	55.09	33.56	20.407	<.01
DCC	84.08	69.53	63.36	64.95	42.97	8.401	.08
CP	91.17	67.20	61.96	61.45	53.47	5.347	.25
CN	73.58	84.30	56.97	49.50	38.22	25.158	<.01
CT PS	67.75	64.00	66.17	46.41	67.78	2.417	.66
CT NG	41.92	51.50	65.87	81.82	87.66	16.650	.002
RE	78.33	65.40	65.29	67.55	48.31	4.071	.40

Nota: OM = Ordem Média; χ^2 = Distribuição do Qui-quadrado; p = significância; DCR = Duração Crónica; DCC = Duração Cíclica; CP = Consequências Positivas; CN = Consequências Negativas; CT PS = Controlo Positivo; CT NG = Controlo Negativo; RE = Representações Emocionais; IF/LB = Depende da idade funcional ou do limite biológico percebido.

8.1.8. Diferenças nas dimensões do CENVE e do QPE em função da escolaridade

Foi utilizado o teste de *Kruskal-Wallis* com o objetivo de analisar diferenças entre o CENVE e o QPE em função da escolaridade. Como se observa na tabela 20, encontram-se diferenças estatisticamente significativas em todos os fatores do QPE em relação ao nível de escolaridade ($p < .05$), excluindo as Consequências Positivas. Utilizando o teste de *Mann-Whitney* com a correção de Bonferroni ($p < .002$), conclui-se que as diferenças incidem entre "Não sabe ler nem escrever" e ensino universitário em todas as dimensões, com exclusão do Controlo Positivo, com pontuações superiores na generalidade das dimensões, destacando-se apenas a dimensão Controlo Negativa, onde

o grupo que possui ensino universitário apresenta pontuações médias superiores ($OM = 38.02$). Também se encontraram diferenças entre os adultos mais velhos que não sabem ler nem escrever e os adultos mais velhos com ensino básico primário ($U = 461.000, p = .001$), com pontuações médias superiores referentes ao segundo grupo ($OM = 59.93$). Em conformidade, foram detetadas diferenças entre o grupo que não sabe ler nem escrever e o grupo pertencente ao ensino básico preparatório, nas dimensões Duração Crónica e Controlo Negativo, com pontuações superiores entre o grupo não alfabetizado na Duração Crónica ($OM = 27.34$) e entre o grupo concernente ao ensino básico primário no Controlo Negativo ($OM = 26.73$).

Existem diferenças, de igual forma, entre adultos mais velhos alfabetizados e em quem concluiu o ensino secundário, com pontuações mais elevadas no primeiro grupo em todas as dimensões significativas (à exceção do Controlo Negativo); entre quem não sabe ler e escrever e quem terminou o ensino médio, com valores médios superiores entre o primeiro grupo na Duração Crónica ($OM = 28.82$), Consequências Negativas ($OM = 27.66$), e entre o segundo grupo no Controlo Negativo ($OM = 28.50$). Entre saber ler e escrever e ensino básico preparatório, encontraram-se diferenças na Duração Crónica e no Controlo Positivo, sendo que as pontuações são mais elevadas no grupo que sabe ler e escrever na Duração Crónica ($OM = 33.06$) e no grupo pertencente ao ensino básico preparatório ($OM = 35.09$) no Controlo Positivo; entre saber ler e escrever e ensino secundário encontram-se diferenças na Duração Crónica, com pontuações médias mais altas em quem sabe ler ($OM = 29.97$) e o mesmo se verifica entre o grupo que sabe ler e escrever e o grupo do ensino médio, agregando também a dimensão Controlo Negativo, seguindo a mesma tendência de pontuações médias anteriores, ou seja, no Controlo Negativo são superiores entre os indivíduos do ensino médio e, na Duração Crónica, são superiores em quem sabe ler e escrever, mas não possui grau de ensino; observaram-se diferenças estatisticamente significativas entre saber ler e escrever e ensino universitário em todas as dimensões do QPE, com pontuações superiores no primeiro grupo mencionado, à exceção dos domínios vinculados ao Controlo.

Ainda se encontraram diferenças entre ensino básico primário e ensino secundário, com pontuações superiores no ensino básico primário na Duração Crónica ($OM = 57.54$); e entre ensino básico primário e universitário, onde apenas não se encontraram diferenças no Controlo Positivo, sendo que as pontuações foram superiores entre o ensino básico primário, excluindo o Controlo Negativo ($OM = 84.13$).

Relativamente ao CENVE, verifica-se, tendo como referência a tabela 20, que existem diferenças estatisticamente significativas entre os estereótipos negativos e o nível de escolaridade. Com a correção de Bonferroni ($p < .002$) e utilizando o teste de *Mann-Whitney*, denotam-se diferenças entre não saber ler e escrever e ensino básico primário no fator Motivação ($OM = 77.29$) e no CENVE total ($OM = 76.05$), com pontuações superiores entre quem não sabe ler. Entre não saber ler e escrever e ensino básico preparatório apenas não se encontram diferenças no fator Saúde. Encontram-se diferenças entre não saber ler e escrever e ensino secundário em todas as dimensões e, entre não saber ler e escrever, e ensino médio apenas não se encontraram diferenças no fator Personalidade ($p = .004$).

Entre saber ler e ensino universitário encontram-se diferenças em todas as dimensões, sendo que as pontuações mais elevadas incidem no primeiro grupo. Encontram-se, também, diferenças entre saber ler e escrever e ensino secundário na Saúde ($U = 112.000$, $p = .001$), Motivação ($U = 94.500$, $p < .003$) e CENVE total ($U = 121.500$, $p = .002$), com valores médios mais altos primeiro grupo; e entre ensino universitário, na Saúde, Motivação e CENVE total. No ensino básico primário, encontraram-se diferenças com o ensino secundário na Motivação e no CENVE total; e com o ensino universitário em todas as dimensões, com pontuações superiores entre o ensino básico primário.

Tabela 20

Diferenças nas dimensões do CENVE e do QPE em função da escolaridade

	NSL	SLE	EBP	EB	ES	EM	EU	Kruskal-Wallis	
	<i>OM</i>	<i>OM</i>	<i>OM</i>	<i>OM</i>	<i>OM</i>	<i>OM</i>	<i>OM</i>	χ^2	<i>p</i>
	(<i>n</i> = 19)	(<i>n</i> = 31)	(<i>n</i> = 91)	(<i>n</i> = 22)	(<i>n</i> = 17)	(<i>n</i> = 21)	(<i>n</i> = 41)		
S	168.61	151.24	134.64	111.30	81.35	98.19	82.09	39.433	<.01
M	188.55	153.90	135.54	100.32	71.91	96.57	79.45	56.134	<.01
P	179.53	130.15	131.81	116.07	90.53	122.14	80.61	33.281	<.01
CENVE	185.58	143.84	134.25	113.84	78.68	103.07	77.93	46.130	<.01

(continua)

Tabela 20

Diferenças nas dimensões do CENVE e do QPE em função da escolaridade (continuação)

	NSL	SLE	EBP	EB	ES	EM	EU	Kruskal-Wallis	
	<i>OM</i>	<i>OM</i>	<i>OM</i>	<i>OM</i>	<i>OM</i>	<i>OM</i>	<i>OM</i>	χ^2	<i>p</i>
	(<i>n</i> = 19)	(<i>n</i> = 31)	(<i>n</i> = 91)	(<i>n</i> = 22)	(<i>n</i> = 17)	(<i>n</i> = 21)	(<i>n</i> = 41)		
DCR	177.92	168.52	131.98	95.07	88.53	89.76	80.66	54.018	<.01
DCC	161.97	140.61	140.19	103.32	79.53	105.31	82.27	36.984	<.01
CP	124.47	104.02	111.80	127.43	120.85	129.74	147.74	10.316	.11
CN	178.95	146.44	132.20	112.11	94.82	96.76	81.05	38.418	<.01
CT PS	157.37	98.37	109.77	160.95	94.03	103.79	147.68	28.269	<.01
CT NG	55.21	103.21	109.40	138.18	141.91	158.21	156.68	41.508	<.01
RE	164.50	145.18	134.14	111.59	95.53	104.36	80.49	31.949	<.01

Nota: *OM* = Ordem Média; χ^2 = Distribuição do Qui-quadrado; *p* = significância; *S* = Saúde; *M* = Motivação; *P* = Personalidade; *CENVE* = CENVE total; *DCR* = Duração Crónica; *DCC* = Duração Cíclica; *CP* = Consequências Positivas; *CN* = Consequências Negativas; *CT PS* = Controlo Positivo; *CT NG* = Controlo Negativo; *RE* = Representações Emocionais; *NSL* = Não sabe ler nem escrever; *SLE* = Sabe ler e escrever, mas sem possuir grau de ensino; *EBP* = Ensino básico primário (4.^a classe completa); *EB* = Ensino básico preparatório (antigo 9.^o ano); *EM* = Ensino médio (e.g., bacharelato); *EU* = Ensino universitário.

8.1.9. Diferenças nas dimensões do CENVE e do QPE em função da medicação

Mediante o teste *U* de *Mann-Whitney*, analisaram-se as diferenças do CENVE e do QPE em função do uso de medicação. Como representado na tabela 21, encontram-se diferenças estatisticamente significativas entre os adultos mais velhos medicados e adultos mais velhos não medicados em todas as dimensões do CENVE, excluindo o fator Personalidade.

No âmbito do QPE, conforme a tabela 21, verificam-se diferenças estatisticamente significativas na Duração Crónica, Duração Cíclica, Controlo Negativo

e Representações Emocionais, encontrando-se as pontuações mais elevadas nos adultos mais velhos que fazem uso de medicação.

Tabela 21

Diferenças nas dimensões do CENVE e do QPE em função do uso de medicação

	Medicados	Não medicados	Mann-Whitney	
	<i>OM</i> (<i>n</i> = 217)	<i>OM</i> (<i>n</i> = 25)	<i>U</i>	<i>p</i>
S	126.15	81.16	1704.000	.002
M	126.60	77.20	1605.000	.001
P	124.35	96.72	2093.000	.06
CENVE	126.20	80.70	1692.500	.002
DCR	126.02	82.26	1881.000	.01
DCC	126.97	74.00	1597.000	.001
CP	125.18	89.56	2605.000	.74
CN	126.06	81.96	2086.500	.06
CT PS	123.78	101.70	2202.500	.12
CT NG	124.08	99.14	2034.000	.04
RE	126.82	75.32	1558.000	<.01

Nota: *OM* = Ordem Média; *U* = Teste de *Mann-Whitney*; *p* = significância; *S* = Saúde; *M* = Motivação; *P* = Personalidade; *DCR* = Duração Crónica; *DCC* = Duração Cíclica; *CP* = Consequências Positivas; *CN* = Consequências Negativas; *CT PS* = Controlo Positivo; *CT NG* = Controlo Negativo; *RE* = Representações Emocionais.

8.1.1.1. Diferenças nas dimensões do CENVE e do QPE em função do cuidado informal

Com recurso ao teste *U* de *Mann-Whitney* foram analisadas as diferenças nas dimensões do CENVE e do QPE em função do cuidado informal a outros adultos mais velhos. Considerando a tabela 22, nas dimensões do CENVE, encontram-se diferenças estatisticamente significativas e positivas entre não cuidadores na dimensão Motivação ($U = 529.500, p = .009$) e Personalidade ($U = 576.500, p = .02$). No QPE, as dimensões Duração Cíclica ($U = 540.000, p = .01$), Consequências Negativas ($U = 437.000, p = .001$) e Representações Emocionais ($U = 504.000, p = .005$) apresentam diferenças

estatisticamente significativas, evidenciando pontuações médias de ordem superior nos adultos mais velhos que não prestam cuidados.

Tabela 22

Diferenças nas dimensões do CENVE e do QPE em função do cuidado informal em adultos mais velhos não institucionalizados

	Presta cuidados	Não presta cuidados	Mann-Whitney	
	<i>OM</i> (<i>n</i> = 16)	<i>OM</i> (<i>n</i> = 111)	<i>U</i>	<i>p</i>
S	57.28	64.97	780.500	.43
M	41.59	67.23	529.500	.009
P	44.53	66.81	576.500	.02
CENVE	49.00	66.16	648.000	.08
DCR	54.94	65.31	743.000	.29
DCC	40.59	67.37	540.000	.01
CP	67.37	64.73	807.500	.55
CN	35.81	68.06	437.000	.001
CT PS	76.34	62.22	676.000	.12
CT NG	77.50	62.05	672.000	.11
RE	40.00	67.46	504.000	.005

Nota: *OM* = Ordem Média; *U* = Teste de *Mann-Whitney*; *p* = significância; *S* = Saúde; *M* = Motivação; *P* = Personalidade; *DCR* = Duração Crónica; *DCC* = Duração Cíclica; *CP* = Consequências Positivas; *CN* = Consequências Negativas; *CT PS* = Controlo Positivo; *CT NG* = Controlo Negativo; *RE* = Representações Emocionais.

9. Discussão dos resultados

Após se terem efetuado as respetivas análises de dados e se ter realizado uma investigação substanciada sobre o tema, serão tecidas algumas considerações acerca da metodologia empregue, dos resultados obtidos e da sua exatidão e significância estatística, bem como as vantagens ou aspetos inovadores e limitações do presente trabalho. Proceder-se-á, de modo igual, a uma análise crítica dos contributos provenientes que revestem a consecução desta dissertação, tendo em consideração as implicações teórico-práticas que moldam todo o processo de investigação.

Este estudo contribui para novos *insights* no que concerne à relação entre os estereótipos negativos e a autopercepção sobre o envelhecimento. Simultaneamente, por versar sobre estas variáveis, providencia dados emergentes que assumem uma relevância adicional face ao campo teórico. O objetivo geral subjacente a esta investigação visou explorar o papel preditivo dos estereótipos negativos do envelhecimento sobre a autopercepção do mesmo em adultos mais velhos institucionalizados e não institucionalizados, bem como diferenças em função de variáveis sociodemográficas.

Tal como postulado na primeira hipótese, que previa a existência de uma correlação estatisticamente significativa entre as dimensões do CENVE, nomeadamente Saúde, Motivação e Personalidade, e as dimensões do QPE, designadamente Duração Crónica, Duração Cíclica, Consequências Positivas, Consequências Negativas, Controlo Positivo, Controlo Negativo e Representações Emocionais, verificaram-se correlações estatisticamente significativas e positivas entre a maior parte das dimensões anteditas. Nos fatores saúde, motivação, personalidade e CENVE total, foram sustentadas correlações significativas com os domínios reportados à duração crónica, duração cíclica, consequências negativas, controlo negativo e representações emocionais. Estas correlações apresentam uma magnitude de moderada a elevada na sua generalidade, o que leva a que estes resultados corroborem a base teórica em que se apoia este estudo. Depreende-se que adultos mais velhos que apresentam crenças estereotipadas reportadas à adulez tardia no domínio da saúde e da motivação em particular, e do domínio geral, evidenciam uma crença que se suporta sob uma consciência crónica do envelhecimento, esta última salientando uma vertente mais maladaptativa e absolutista. Em decorrência disto, os adultos mais velhos apresentam uma perspetiva mais fatalista e derrotista em relação à adulez tardia. Com recurso ao CENVE (Blanca et al., 2005), estudos salientam que, quando os estereótipos negativos em relação ao envelhecimento são analisados com base nos seus três fatores inerentes, encontram-se resultados significativos, com particular ênfase no fator saúde, que, predominantemente, apresenta as pontuações mais elevadas (Duran-Badillo et al., 2016; Franco et al., 2010; Sarabia et al., 2015) De acordo com Palacios e colaboradores (2009), num estudo com 757 adultos mais velhos, constatou-se que as crenças estereotipadas sobre o envelhecimento sofrem um aumento gradual, atingindo os valores máximos entre os 76 e os 80 anos. Na posse destes dados, é possível aduzir que estereótipos vinculados à motivação na adulez tardia, isto é, relacionados a carência afetiva, à ausência de interesse vital e a uma

diminuição da capacidade de desenvolver uma atividade de trabalho, reforçando a noção de produtividade tão presente numa sociedade onde apenas impera o domínio biológico se associam, inequivocamente, a autopercepções negativas do envelhecimento. Como apresentado na literatura, imaginar o que é exequível futuramente pode traduzir-se num incentivo de ordem motivacional para o comportamento (Hoppmann et al., 2007; Smith & Freund, 2002), não obstante, e como estabelecido no atual estudo, o aspeto motivacional pode ser acometido por estereotípias à medida que a pessoa vai experienciando a passagem do tempo (Eibach et al., 2010; Freund, 1997; Hoyle & Sherrill, 2006; Kornadt & Rothermund, 2012; Markus & Nurius, 1986). Estereótipos negativos também se encontram correlacionados com o controlo negativo no domínio das autopercepções. O facto do adulto mais velho subentender uma ausência de controlo sobre a sua experiência de envelhecimento pode instituir dificuldades a nível da saúde e da motivação característicos dos estereótipos negativos. Assim, o Modelo de Autorregulação de Leventhals atua aqui como primeira instância, uma vez que sublinha que o envelhecimento pode ser interpretado como um indutor de *stress*, determinado por uma confluência entre exigências e recursos mais adaptativos (Baltes & Baltes, 1990; Barker et al., 2007). O supramencionado modelo discorre, então, sob percepções acerca deste processo, onde se enquadram a duração, o controlo e as consequências negativas, vias mediante as quais a autopercepção pode, efetivamente, gerar consequências negativas no adulto mais velho (Barker et al., 2007; Levy et al., 2002). A nível das representações emocionais, estas ancoram-se num neuroticismo evidente, explicitando uma tónica maladaptativa. Vários autores dissertam, em face do referido, que os estereótipos negativos quando interiorizados atuam como uma ameaça direta à cognição dos adultos mais velhos (Marquet et al., 2016; Nelson, 2016). Estas representações emocionais podem, ainda, segundo o presente trabalho, coadjuvar em ansiedade antecipatória exacerbada e, até mesmo, numa postura vigilante, colidindo com aspetos relacionados ao *stress* e à própria longevidade. Em complementaridade, a autopercepção negativa do envelhecimento pode prejudicar os adultos mais velhos que, verdadeiramente, se agregam a tais estereotípias (Lamont et al., 2015; Nelson, 2016; Sánchez et al., 2009).

Na segunda hipótese, o postulado era que os adultos mais velhos do sexo masculino apresentassem pontuações médias superiores em relação aos estereótipos negativos e à autopercepção do envelhecimento, presumindo-se, assim, diferenças estatisticamente significativas. Os resultados apontam para uma diferença significativa

entre a saúde, motivação e estereótipos no total, com o sexo feminino a apresentar pontuações médias mais elevadas. Em relação à autoperceção, o sexo feminino também apresentou diferenças significativas quando comparado com o sexo masculino, nomeadamente na duração cíclica e representações emocionais. Contudo, na dimensão Controlo Negativo, o sexo masculino apresentou pontuações médias superiores, o que contribui parcialmente para a hipótese inicialmente estipulada. Este resultado acaba por enfatizar a dificuldade ao nível da externalização e no controlo de impulsos e mesmo de autoperceções, aspectos mais associados aos homens. É de ímpar importância considerar que a amostra integrante deste estudo se encontra distribuída de modo equilibrado, não existindo um desfasamento alarmante entre participantes de ambos os sexos. Ainda assim, a quantidade de mulheres é ligeiramente elevada. Inúmeros estudos demonstram como os estereótipos negativos em relação ao envelhecimento podem ser influenciados por variáveis sociodemográficas, como idade, sexo, estado civil, nível de escolaridade ou relação com os adultos mais velhos (Colombo et al., 2013; Leon et al., 2015; Rello et al., 2018; Palacios et al., 2009). Embora muitos estudos não encontrem diferenças significativas entre os sexos (Colombo et al., 2013; Duran-Badillo et al., 2016; Leon et al., 2016; Leon et al., 2015; Menéndez et al., 2016; Rello et al., 2018), sabe-se que as mulheres possuem um padrão mais afetivo, portanto disserta-se aqui sobre um *coorte* muito específico. Para os homens, partilhar experiências e histórias pode ser um taboo e muitos não possuem capacidade para identificar as emoções porque também não aprenderam essa competência. A partilha, no sexo masculino, é fundamentalmente baseada nos interesses, à medida que, no sexo feminino, predomina um partilha maior dos afetos. Em conformidade com estudos mencionados (Allan & Johnson, 2009; Allan et al., 2014; Bodner et al., 2012), era expectável identificar mais estereótipos e autoperceções negativas entre os homens, em decorrência de uma maior participação das mulheres em atividades sociais e com cuidados de saúde, experienciando um crescimento mais contínuo (Reichstadt et al., 2010), contrariamente aos homens, que se percebem como menos ativos e com um processo de envelhecimento mais célere assinalado, também, por uma perda social significativa (Areosa, 2004; Steverink et al., 2001). Em virtude de maior tendência para internalização por parte do sexo feminino, deduz-se que os estereótipos negativos são auto-perpetuados e, posteriormente, convertidos em autoperceções negativas, a nível da saúde, motivação, duração crónica, consequências negativas e representações emocionais (Levy, 2009; Levy, 2009; Sargent-Cox, 2017), refutando, neste seguimento,

a hipótese II. A diferença na dimensão consequências negativas pode ser interpretada à luz de um processo multidirecional, no qual os adultos mais velhos da presente amostra possuem consciência das consequências negativas que decorrem do envelhecimento (Steверink et al., 2001),

No que diz respeito à terceira hipótese, esperavam-se encontrar diferenças estatisticamente significativas entre os fatores do CENVE e do QPE, incidindo as pontuações mais elevadas em adultos mais velhos residentes em meio urbano. Esta hipótese foi formulada com base em estudos, a título de exemplo, o estudo realizado por Luchesi e colaboradores (2016), que concluiu que apresentar atitudes, estereótipos e autopercepções mais negativas se encontram correlacionadas com o facto do indivíduo residir em ambiente urbano. No presente estudo, encontraram-se diferenças em função da área de residência na personalidade e no CENVE total, direcionando para a existência de mais estereótipos negativos associados a quem reside em áreas rurais, infirmando a hipótese inicialmente presumida. Em relação à personalidade, a tendência é apontar para a existência de mais estereótipos associados à mesma, como, por exemplo, o embotamento afetivo. Para tal resultado, evocam-se duas consequências substanciais subjacentes ao processo contínuo de modernização caracterizadora das configurações urbanas. Embora residir em áreas urbanas possa deter um impacto negativo no estatuto social do adulto mais velho e nos estereótipos impostos por parte da sociedade, a premissa é que pode, efetivamente, propiciar um melhor padrão de vida e consequentes benefícios do desenvolvimento da sociedade (Chow & Bai, 2011), contribuindo para a compreensão destes resultados. Também as autopercepções do envelhecimento apresentam valores superiores nos participantes residentes em meio rural. Sabe-se que, frequentemente, uma maior ausência de estereótipos e autopercepções negativas sobre o envelhecimento podem estar fundamentadas no facto do meio rural incrementar a qualidade de vida dos adultos mais velhos, em particular a nível social e autonomia (Tavares et al., 2014). Não obstante, neste estudo, adultos mais velhos residentes em áreas rurais apresentam maiores dificuldades a nível da duração cíclica, consequências negativas e representações emocionais e, por isso, estes apresentam crenças na ausência de controlo acerca da sua própria experiência de envelhecimento, aspetos que podem ter influenciado os resultados obtidos nesta amostra. À semelhança de tais resultados, um interesse acrescido deve voltar-se para a implementação de políticas públicas, de modo a melhorar a imagem que as pessoas têm dos adultos mais velhos e da qualidade de vida destes, principalmente nas áreas urbanas.

Relativamente às diferenças entre adultos mais velhos institucionalizados e não institucionalizados, em referência aos estereótipos negativos, encontraram-se diferenças estatisticamente significativas entre saúde, motivação, personalidade e CENVE total. Analogamente, também as diferenças nas dimensões do QPE se demonstraram significativas, o que, indubitavelmente, comprova a quarta hipótese. Apenas a dimensão Consequências Positivas não apresentou diferenças, e ainda que as pontuações médias sejam mais elevadas nos não institucionalizados nesta dimensão, comprova substancialmente a diferença categórica que predomina entre ambos. Em Portugal, numa amostra de 120 adultos mais velhos institucionalizados e não institucionalizados, com idades compreendidas entre os 65 e 99 anos, verificou-se a existência de diferenças entre os grupos (Lopes et al., 2012). Isto dá-se, primordialmente, porque as instituições reproduzem, frequentemente, estereótipos. Subsequentemente, pessoas não institucionalizadas possuem mais acesso a literacia para a saúde e para o envelhecimento, vão-se atualizando mais do que os adultos mais velhos que estão em instituições e, por isso, a probabilidade de subsistir uma perpetuação de estereótipos negativos e inerente autoperceção negativa é menor. A autoperceção negativa do envelhecimento apresenta um risco maior para futuras limitações a nível das Atividades da vida diária (AVDs), assim como uma associação de curto prazo com o aumento de institucionalizações, enfatizando o carácter bidirecional dessas relações (Moser et al., 2011). O estudo a nível nacional de Lopes e colaboradores (2012) inferiu que adultos mais velhos institucionalizados podem perceber o envelhecimento de modo mais negativo e "aguardando a morte", encontrando-se mais isolados social e emocionalmente (Anderson & Dabelko-Schoeny, 2010; Araújo et al., 2005). Isto referido, afigura-se que a institucionalização acarreta deterioração das relações sociais, favorece o isolamento e a sintomatologia depressiva, aumentando o risco de mortalidade e morbidade (Parada et al., 2009). Assim, parte-se do pressuposto que se torna normal experienciar variações na consciência na forma como se percebe o envelhecimento, resultando em pontuações mais altas, por exemplo, na duração cíclica (que é, por si só, mais mutável).

Na hipótese V, o pressuposto era que existissem diferenças entre os estereótipos e as autoperceções negativas, sendo as pontuações médias superiores entre os adultos mais velhos que não possuem formação (formal ou informal) na área do envelhecimento e que não foram expostos a contacto intergeracional. Os resultados obtidos neste trabalho viabilizam a existência de diferenças estatisticamente significativas em todos

os fatores do CENVE. No QPE, não foram identificadas diferenças, o que pode sublinhar a noção de hiato entre uma eventual formação sobre o conhecimento do envelhecimento de modo a alterar possíveis estereótipos de índole negativa e uma internalização dos mesmos, impactando positivamente as percepções do envelhecimento. É manifestamente demonstrado que as pontuações mais altas incidem no grupo que não possui formação. Um motivo pode assentar no facto do número de indivíduos em cada grupo ser, distintamente, díspar. Os adultos mais velhos que não possuem formação consistiam num número muito reduzido ($n = 4$). Mais se afirma que o facto de existir reduzido acesso a formações deste tipo por parte da população geriátrica, também contribui para que isto se converta, lastimavelmente, numa realidade. O facto da amostra integrar adultos mais velhos institucionalizados pode ter influenciado, também, o facto dos participantes apresentarem menor acesso a formações sobre o envelhecimento. O facto de predominar uma elevação nas consequências negativas pode explicar o impacto que não possuir conhecimento suficiente acerca dos processos pelos quais passam na adultez tardia detém. Cooney e colaboradores (2020) asseguraram que níveis mais altos de ansiedade sobre o envelhecimento e sobre o conhecimento do mesmo predisseram uma autopercepção e estereótipos mais negativos.

Ainda nesta hipótese, estipulou-se a existência de diferenças entre as dimensões do CENVE e do QPE em função do contacto intergeracional. Os resultados vão, de forma ínfima, de encontro ao que foi postulado. Encontraram-se diferenças estatisticamente significativas entre a dimensão saúde do CENVE e o contacto intergeracional, com pontuações mais elevadas incidentes nos adultos mais velhos com ausência frequente de contacto intergeracional. Um dos motivos poderá residir no facto dos adultos mais velhos institucionalizados não apresentarem um contacto com outras gerações a nível de afeto tão recorrente. O facto da dimensão saúde se destacar, realça o que é asseverado na literatura, ou seja, de que o contacto intergeracional atua como fator protetor contra as consequências negativas da ansiedade sobre o envelhecimento (Cooney et al., 2020), designadamente quando engloba um membro familiar significativo como filhos e netos, aspeto evidenciado por 78.1% dos adultos mais velhos que integraram o estudo de Azeredo e Afonso (2016). Deste modo, a autopercepção e os estereótipos negativos precisam de ser mediados através da exposição a retratos com conotação mais positiva acerca do envelhecimento, uma vez que ocasionaria menos autopercepções negativas e menor reatividade face ao *stress* (Fung et al., 2014).

Na sexta hipótese, pretendia-se analisar as diferenças entre os estereótipos e as autopercepções negativas, objetivando pontuações médias superiores nos adultos mais velhos jovens e adultos mais velhos velhos. Para esta hipótese concorreram muitos aspetos, nomeadamente o facto da idade, por si só, se constituir um fator de autopercepção do envelhecimento (Demakakos et al., 2007). Os adultos mais velhos que se encontram no intervalo etário compreendido entre 55 e 59 e 80 anos, relatam mais percepções negativas do envelhecimento do que outros, endossando menos perspetivas idealistas. Sumamente, os grupos pré-aposentadoria mais jovens (com mais de 50 anos) preocupam-se com o declínio da saúde à medida que envelhecem, enquanto os mais velhos (com mais de 75 anos) se encontram mais receosos com a solidão (Demakakos et al., 2007). Efetivamente, é provável subsistir um período temporal em que possa ser possível alterar estereótipos ou impactar positivamente as percepções do envelhecimento através de formações e intervenções com esse fim. Encontraram-se diferenças entre os adultos mais velhos jovens e os adultos mais velhos velhos em todas as dimensões do QPE, à exceção das consequências e controlo positivo e diferenças estatisticamente significativas entre o grupo dos adultos mais velhos jovens e adultos mais velhos muito velhos, em todas as dimensões do CENVE, com pontuações mais elevadas nos adultos mais velhos muito velhos. Embora existam diferenças, o que é congruente com a literatura, o facto de ser o grupo dos adultos mais velhos muito velhos a apresentar uma maior presença de estereótipos e autopercepções negativas, não vai totalmente de encontro à hipótese postulada. Um dos motivos para este resultado pode advir do número superior de elementos deste grupo comparativamente aos restantes nesta amostra. O facto dos adultos mais velhos muito velhos refletirem pontuações superiores no domínio dos estereótipos negativos pode também incidir no facto de parte da amostra se encontrar, de certo modo, numa faixa mais condicionada, isto é, institucionalizados. O facto dos adultos mais velhos muito velhos se distanciarem do mundo real para um momento de reflexão, revisitação do passado e atitude de contabilidade da sua vida pode levar a que assumam possíveis deteriorações ou constelações de sintomatologia, quando, na verdade, a pessoa apenas está num processo de gerotranscendência. No entanto, no seu reverso, face à realidade impactante que uma institucionalização acarreta, agregando a fatores inerentes à quebra de rotina, as percepções, atitudes e estereótipos positivos e negativos do envelhecimento podem afetar o processo de envelhecimento (Sexton et al., 2014; Westerhof & Barrett, 2005; Wurm et al., 2010). Assim, face às pontuações elevadas dos adultos mais velhos muito velhos em domínios

como as representações emocionais e a saúde, que se associam a aspetos de foro mental, emocional e fisiológico, é possível depreender que estes aspetos possam entrar numa confluência com uma idade mais avançada, marcada por sentimentos de desamparo e atitude cordial perante a morte iminente.

Relativamente à oitava hipótese, esperava-se que os fatores do CENVE e estereótipos fossem um preditor de autoperceções negativas sobre o envelhecimento, ou seja, nas dimensões do QPE. Os resultados apontam para a corroboração da hipótese. Foi possível compreender um modelo estatisticamente significativo com os preditores saúde e motivação a explicar 27.8% da variância da duração crónica. A nível das consequências negativas, um modelo estatisticamente significativo foi constatado, com os estereótipos negativos (CENVE total) a explicar 41.4% da variância do resultado, com ajustamento aceitável. O mesmo se verificou a nível do controlo negativo, no qual o preditor estereótipos negativos (CENVE total) explicou 33.9% da variância do resultado. Por último, encontrou-se um modelo significativo com os preditores estereótipos negativos (CENVE total) e personalidade a explicar 30.9% da variância das representações emocionais. Empiricamente, comprova-se que os estereótipos negativos referentes ao envelhecimento predizem aspetos na saúde, doença e comportamento na adultez tardia, podendo impactar a qualidade de vida (Swift et al., 2017). Assim, os estereótipos quando são internalizados, podem afetar diretamente a autoperceção negativa do processo de envelhecimento (Fernández-Ballesteros et al., 2017; Lamont et al., 2015; Sánchez et al., 2009), sendo mediados, por exemplo, por tendência a afetividade negativa/neuroticismo. Assim, as correlações entre as duas variáveis vão-se consubstanciando ao longo do tempo, sendo a discriminação de idade percebida um preditor negativo de envelhecimento ativo (Fernández-Ballesteros et al., 2017; Nelson, 2005; Nussbaum et al., 2005), ou seja, nos componentes ativos do envelhecimento. Infere-se, de semelhante modo, que a autoperceção negativa prediz a incapacidade (Moser et al., 2011) e doenças físicas futuras (Wurm et al., 2007).

No domínio das diferenças entre o CENVE e o QPE e a perceção da saúde, os resultados indicam que as diferenças se encontram entre possuir uma perceção de saúde muito boa e má nos fatores saúde, motivação e CENVE total, com pontuações médias mais elevadas nos adultos mais velhos com uma má perceção. Encontraram-se, ainda, diferenças entre o grupo que percebe a sua saúde como normal e o grupo que a percebe como má nas dimensões saúde, motivação, personalidade e CENVE total. No que concerne ao QPE, as pontuações foram elevadas nos grupos com pior perceção

de saúde, podendo fundamentar-se no facto de existirem crenças de que o envelhecimento acarreta diferentes fases duplamente marcadas por avanços e recuos, bem como uma percepção do envelhecimento que não é estanque. A própria avaliação da saúde encontra-se, assim, associada a níveis maiores de idadeísmo e de estereótipos negativos. Segundo o estudo realizado por Heywood e colaboradores (2019), os resultados apontaram para o facto dos indivíduos que referiram possuir uma saúde muito boa apresentarem menores estereótipos negativos e autoperceções, comparativamente a pessoas cuja saúde se encontra afetada. Assim, nas investigações sobre a relação recíproca entre saúde e autoperceção do envelhecimento, deduziu-se que o efeito da autoperceção é mais significativo que o contrário (Sargent-Cox et al., 2012; Wurm et al., 2007). Isto levanta considerações, dado que a autoperceção se torna, assim, num promotor de mudanças na saúde (Kotter-Grühn et al., 2009; Wurm & Benyamini, 2014).

No âmbito das diferenças em função da percepção do início da adultez tardia, verificou-se que o facto dos adultos mais velhos possuírem uma visão muito absolutista acerca do envelhecimento pautada por consequências negativas e, ainda, o facto de existirem aspetos que não estão circunscritos ao controlo pessoal, contribui para que os adultos mais velhos se guiem cada vez mais pelo limite biológico e capacidade funcional. É passível de ser referido que mais de 100 indivíduos da amostra responderam com limites de idade específicos. Isto, por si só, já permite equacionar a razão de estereótipos da idade serem tão preponderantes nesta faixa etária. Segundo estudos, indivíduos com mais de 50 anos acreditam que a adultez tardia se inicia aos 68 anos, à medida que para adultos mais velhos (80 anos) se enceta aos 75 anos (Demakakos et al., 2007), o que parece revelar sempre um certo afastamento face à realidade de se estar a envelhecer, tal como consignado em estudos sobre a idade subjetiva, que demonstraram que a maioria dos adultos mais velhos se sente significativamente mais jovem que a idade cronológica. Isto pode residir em mecanismos que ajudam ao distanciamento de uma faixa etária associada ao declínio no funcionamento, afastando-se de pessoas mais velhas (Weiss & Freund, 2012). Assim, a capacidade funcional está cada vez mais presente na conceção dos adultos mais velhos, apontando para a crescente conceção de heterogeneidade que caracteriza esta fase do ciclo vital. Aspetos ligados à personalidade e à própria saúde podem contribuir, e muito, para a percepção que o adulto mais velho possui acerca do início da adultez tardia. As pessoas convertem-se, então, em membros do antigo *outgroup*, levando a que o

estereótipo anteriormente mantido se transforme num estereótipo sobre o grupo ao qual agora se pertence (Komadt & Rothermund, 2012), nomeadamente a adultez tardia. Afirma-se, ainda, que apenas se efetuou esta análise com os adultos mais velhos não institucionalizados, de modo a evitar impacto confrontativo e considerando a ética inerente. Deste modo, estudos afirmam o impacto de autoperceções e estereótipos negativos (Bryant et al., 2014; Lai e Tong, 2012; Thorpe et al., 2014) na saúde. Assim, embora as pontuações mais elevadas não correspondam aos indivíduos que consideram que a adultez tardia se inicia antes dos 65 anos, isto é ligeiramente congruente com o que foi conjecturado, em termos de diferenças, refletindo o próprio receio que as pessoas têm do envelhecimento.

Em relação ao nível de escolaridade, numa amostra de 965 adultos mais velhos com idades entre os 60 e 70 anos, foi analisado o modo como a escolaridade influencia a presença de estereótipos negativos em relação ao envelhecimento nos próprios adultos mais velhos (Colombo et al., 2013). Os resultados obtidos no presente estudo coincidem com os resultados do estudo supracitado, encontrando-se um nível de escolaridade mais baixo em adultos mais velhos que possuem uma maior presença de estereótipos negativos. Assim, crenças mais elevadas nos estereótipos negativos nos três fatores do CENVE associam-se a um nível de escolaridade menos elevado. Estes dados são documentados, ainda, com maior incidência nas dimensões de saúde e personalidade (Palacios et al., 2009). O facto de adultos mais velhos com ensino superior possuírem maior perceção de controlo reforça a importância de acesso a informações sobre o desenvolvimento humano. Em vigência destas constatações, é inequívoca a relevância da educação sobre o envelhecimento (Gázquez et al., 2009; Lopes et al., 2012; Menéndez et al., 2016; Sousa et al., 2008).

Em relação ao uso de medicação, encontraram-se diferenças estatisticamente significativas entre os adultos mais velhos medicados e não medicados em todas as dimensões do CENVE, à exceção da personalidade. No QPE, as diferenças foram identificadas na duração crónica, duração cíclica, controlo negativo e representações emocionais, encontrando-se as pontuações mais elevadas nos adultos mais velhos medicados. Os resultados corroboram os pressupostos iniciais assentes na literatura (Luchesi et al., 2016), onde possuir estereótipos mais negativos e autoperceções negativas se encontravam correlacionados com o consumo de fármacos. Em casos de polimedicação diária, estes aspetos adquirem ainda mais magnitude (Luchesi et al., 2016), sendo um dos principais estereótipos da adultez tardia reportados a esta questão

(e.g., "são pessoas doentes que tomam muita medicação"; Martins & Rodrigues, 2004), aspeto que pode ser exacerbado em contexto institucional.

Por fim, foram encontradas diferenças também no CENVE e QPE em função do cuidado informal a adultos mais velhos. Os resultados permitem apreender a existência de diferenças estatisticamente significativas e positivas entre adultos mais velhos que não são cuidadores na dimensão motivação e personalidade. O ato de cuidar também se encontra associado aos traços e características da personalidade dos indivíduos. No QPE, as dimensões duração cíclica, consequências negativas e representações emocionais apresentam diferenças significativas, evidenciando pontuações médias de ordem superior nos adultos mais velhos que não prestam cuidados. Mais uma vez se depreende que, cuidar do outro, atua como um possível amortecedor da crença em estereótipos negativos e subsequente autoperceção negativa do envelhecimento. Posto isto, eventuais mecanismos de defesa são mitigados porque a pessoa passa a estabelecer um contacto mais frequente com outro adulto mais velho. Os resultados são consonantes com a literatura, dado que possuir estereótipos e atitudes mais negativas se correlaciona com o facto de cuidar de um adulto mais velho dependente (Duran-Badillo et al., 2016; Luchesi et al., 2016). No presente estudo, o *stress* percebido, a par da literatura, mais do que outra variável de foro mental, contribui para o desenvolvimento de autoperceções, estereótipos e atitudes negativas, existindo uma clara relação destas variáveis em sujeitos que não são cuidadores (Luchesi et al., 2016).

Mediante todos estes aspetos, é imperativo refletir acerca das vantagens e limitações que revestem o presente estudo. O processo de investigação apresenta algumas limitações. A primeira assenta na sua natureza transversal, uma vez que só se chegou a associações e correlatos, não possibilitando investigar com mais detalhe esta temática e fazer inferências causais. Embora se tenham efetuado regressões lineares para explorar o papel preditor das autoperceções na variável resultado, a verdade é que estudos de carácter longitudinal se adequariam melhor para inferir atribuições causais. O facto do método de amostragem ser maioritariamente por conveniência, não se pode assegurar que a amostra seja, efetivamente, representativa, o que se torna obstáculo à generalização de resultados. Como se visou explorar relações entre variáveis, a amostra não probabilística assume-se como suficiente (Fortin et al., 2009). Embora a amostra do estudo não seja desfasada, o facto do sexo feminino ser mais predominante que o sexo masculino acaba por reproduzir a população adulta mais velha em Portugal, uma vez que o número de mulheres adultas mais velhas é superior. Se a amostra não fosse

equilibrada entre sexos, estes aspetos poderiam facilmente impactar os resultados, contudo esta, como referido, apresenta um número suficiente para controlar uma eventual assimetria (Tabachnick & Fidell, 2007). Um outro aspeto que também pode ser postulado como limitação reporta-se ao facto dos resultados obtidos nos adultos institucionalizados derivarem de autorrelato, podendo incitar um viés relativamente à exatidão dos dados, quer por questões de desejabilidade social, quer por exagero da autoperceção dos mesmos, ou até por abordar um assunto amplamente sensível e que pode colocar em causa o estado psicoafetivo dos participantes, visto que já se encontram numa instituição. Este aspeto mais diretivo pode levar a que os adultos mais velhos abduquem da resposta aos instrumentos, uma vez que podem deter um impacto emocional significativo. Isto ocorreu mais do que uma vez na recolha de dados em instituições, também devido à extensão do protocolo de investigação. Outro aspeto que pode influenciar os adultos mais velhos passa pelo facto da pandemia e constrangimentos inerentes acarretarem um agravamento de sentimentos de isolamento, tristeza, sintomatologia depressiva e motivação, exacerbando os próprios pensamentos acerca do envelhecimento. Um dos instrumentos utilizados, o CENVE, destinado a avaliar os estereótipos negativos, foi adaptado para a população portuguesa mediante variáveis sociodemográficas, o que conduz a algumas reservas em termos culturais. Por fim, considerando a utilização de testes não paramétricos, decorrem daqui algumas limitações dado que não possuem uma capacidade tão fina comparativamente aos testes paramétricos, impossibilitando a generalização.

Em vigência disto, também não se pode descurar as vantagens que delinearão este estudo. Um dos seus pontos fortes incide no uso de instrumentos devidamente validados para esta população específica e o facto destes apresentarem boas propriedades psicométricas nesta amostra. O facto de terem sido estipulados critérios de inclusão assegurou a homogeneidade da faixa etária, uma vez que os adultos mais velhos que nasceram num período temporal próximo experienciam vivências semelhantes (coorte). O outro critério assentava no facto dos participantes possuírem nacionalidade portuguesa, sendo, assim, salvaguardadas questões relacionadas à interpretação. Ainda neste âmbito, o carácter anónimo das respostas incrementa a sua participação. O protocolo foi administrado via *online*, o que ocasionou prováveis hetero-aplicações dado que os adultos mais velhos não são o grupo que mais utiliza tecnologia. Ainda assim, a quantidade de indivíduos num espectro etário tão específico atingiu um nível considerável, o que se revela bastante positivo. Na amostra dos adultos

mais velhos institucionalizados também se obteve uma quantidade de participantes notável, muito em decorrência da pronta disponibilidade por parte de várias instituições. Assim, tornou-se exequível a categorização etária dos adultos mais velhos de forma mais equilibrada, mas com mais indivíduos pertencentes à categoria adultos mais velhos muito velhos.

Sob uma perspectiva reflexiva, depreende-se que o presente estudo corrobora com o que é estabelecido na literatura científica, isto é, que os estereótipos negativos sobre o envelhecimento se correlacionam com uma autopercepção negativa do mesmo, bem como se diferenciam mediante variáveis sociodemográficas. Um aspeto passível de ser salientado é que muitas das correlações encontradas apresentam elevada magnitude, o que já viabiliza uma maior certeza acerca destes correlatos, uma vez que, em Psicologia, muitos destes construtos apresentam correlações baixas. Em complementaridade, o estudo acarreta uma componente inovadora, baseada, também, em aspetos diferenciados entre os participantes. No fundo, em estudos transversais, um preditor traduz-se mais numa relação do que propriamente em valores preditivos e, por isso consideram-se mais de forma exploratória. Contudo, neste trabalho, dada a existência de correlações procedeu-se à análise de regressões, porque isto tudo se trata de um trabalho em progresso. O facto de não se encontrarem diferenças estatisticamente entre algumas dimensões pode incidir, também, mas não só, na medida utilizada, que já é uma carência nesta temática, como aduzido em vários estudos.

Em futuros estudos seria de ímpar consideração adotar um desenho longitudinal, replicando o estudo noutros contextos e expandindo a amostra a adultos mais velhos que se encontram dentro da faixa clínica e outras populações etárias, tornando-a, deste modo, representativa, e aprofundando a investigação acerca de fatores de risco e, concomitantemente, explicar possível inferências causais. Deve, também, ser considerado o fator da nacionalidade, especialmente para os adultos mais velhos em que a língua materna não é o português, de forma a equacionar fatores culturais. Relativamente às implicações teóricas, a existente limitação da amostra ser maioritariamente feminina pode repercutir sobre os resultados, uma vez que, tal como referido na revisão teórica, os homens apresentam maiores estereótipos negativos, o que possivelmente reflete na ausência de diferenças entre as dimensões do CENVE e do QPE em função do sexo. Importa, assim, considerar sempre limitações e vantagens metodológicas para atribuir um carácter o mais científico possível nos estudos.

Conclusão

Os adultos mais velhos integram um espectro etário cada vez mais representativo na sociedade. Associada a esta premissa, se antes a adultez tardia e a honra caminhavam juntas, hoje é percebida como se fosse uma condenação, reforçada pelo apelo exacerbado da juventude. Tal aspeto pode ser facilmente salientado quando nenhuma criança diz que quando crescer quer ser velha. Assim, existe um grande túnel de representações neste sentido e o peso dos estereótipos e autoperceções negativas sobre o processo de envelhecimento contribuem para esta tendência. Na prossecução deste estudo, foi possível compreender que os estereótipos se reportam a mitos incontestáveis, crenças exageradas ou tendenciosas, ideias pré-concebidas, frequentemente negativas, associadas a uma categoria e usados essencialmente com o intuito de definir e limitar pessoas ou grupos (Fiske & Tablante, 2015; Helmes & Pachana, 2016), influenciando o comportamento e a autoperceção sobre o envelhecimento através de uma variedade de mecanismos (Helmes & Pachana, 2016). Neste contexto, estes fatores correspondem a suposições e generalizações sobre adultos mais velhos e adultez tardia, sem considerar idiosincrasias, diferenças individuais ou circunstâncias únicas (Fiske & Tablante, 2015).

Neste contexto, as conclusões integrativas da presente dissertação serão traçadas consoante os resultados. O facto das dimensões do CENVE se encontrarem correlacionadas com dimensões associadas a autoperceções negativas do envelhecimento, vem suscitar e enfatizar esta representação social gerontofóbica que se faz presente na atualidade. Esta investigação contribui para um conhecimento mais consolidado acerca dos fatores implicados entre os fatores acima referidos, agregando adultos mais velhos que se encontram institucionalizados, viabilizando algumas comparações. É categórica a diferença na presença de estereótipos e autoperceções negativas entre adultos mais velhos que constituem a comunidade e os adultos mais velhos que se encontram numa instituição. Posto isto, o facto de nem sempre imperarem as boas práticas nas instituições pode influenciar o modo como estas reproduzem estes estereótipos mais negativos. Assim, este estudo surge no sentido de suprir a escassez de estudos nacionais debruçados sobre estas variáveis, mas também para desmistificar esta etapa do desenvolvimento humano.

O facto dos resultados apontarem para estereótipos e autoperceções mais negativas nas categorias "Adultos mais velhos velhos" (75-84 anos) e "Adultos mais velhos muito velhos" (85 ou mais anos) reforça a noção de que nestes grupos, a solução

passa por psicoeducar para a remediação, à medida que no grupo dos adultos mais velhos jovens (65-74 anos), faz-se necessária a sinalização no sentido de prevenir, partindo do pressupostos que estas concepções mais maladaptativas se transmitem através da socialização. O facto das pessoas expressarem mais estereótipos negativos relacionados à saúde e à motivação, mediante este estudo, influenciam as crenças alicerçadas nas consequências negativas, no controlo negativo e na duração crónica, isto é, autopercepções. Já ao nível das representações emocionais, a variável estereótipos total e o fator personalidade assumiram-se como fatores preditores. Sendo, por exemplo, o neuroticismo um dos grandes traços de personalidade, este pode explicitar o seu papel preditivo nas representações de ordem emocional, associadas a mudanças negativas na saúde física e funcional e ao *coping* maladaptativo (Gomez & Madey, 2002; Smith & Freund, 2002). Em face disto, este tópico tem assumido um carácter cada vez mais heurístico, onde estereótipos negativos podem traduzir um mecanismo de defesa para evitar uma aproximação a uma realidade futura e a todos os processos que decorrem desses pensamentos. Assim, existe uma diferença entre estas variáveis centrais (entidades abstratas) e o próprio adulto mais velho e, por convenção, adulez tardia, onde a pessoa vivencia esta etapa de forma pessoal.

Após esta síntese entre teoria, investigação e resultados, é de importante prioridade considerar estudos que versem sobre esta temática em contexto pós-pandemia e perceber em que medida a própria pandemia acabou por insinuar alguma diferença nos resultados obtidos, pois, neste contexto, a própria circunstância foi um fator importante. Em estudos próximos, percebe-se a relevância de analisar a existência de estereótipos e autopercepções negativas em amostras de adultos mais velhos com formação no campo gerontológico, bem como comparar adultos mais velhos com faixas etárias mais jovens, de modo a compreender este fenómeno da internalização de estereótipos negativos em autopercepções negativas acerca do envelhecimento. Também se realça a importância de investigações com uma tónica mais qualitativa pois é diferente alguém dizer o que é a adulez tardia e alguém que dá a sua perspectiva sob variáveis quantitativas. Apela-se, assim, para o significado das experiências, que foi possível de observar, ainda que de modo muito superficial. Refere-se, a este propósito, respostas relacionadas à idade funcional onde um participante respondeu "Há velhos novos e novos velhos" em relação à sua percepção de início desta fase vital. Por fim, mas não menos relevante, é importante focar nas causas, características, motivações e eventuais traços de personalidade que possam minorar a perpetuação de estereótipos

negativos, isto é, procurar entender de que modo estes novos recursos podem deslegitimar velhas mentalidades. Assim, também seria interessante estudar este domínio com um foco mais voltado para os estereótipos positivos.

Partindo da literatura e dos resultados decorrentes desta dissertação, o CENVE, por exemplo, é um instrumento útil na avaliação de estereótipos negativos não apenas em cenários de investigação, mas também em contexto interventivo (e.g., programas destinados a promover crenças positivas em relação ao envelhecimento; Nunes et al., 2018). Portanto, prevenções primárias também devem ser consideradas, bem como intervenções que visam os componentes cognitivos, comportamentais e emocionais (Ayalon & Tesch-Römer, 2017; Smith et al., 2016), e fazer uso deste mesmo instrumento para avaliar os estereótipos negativos antes e depois da intervenção.

Sumamente, com o presente estudo, espera-se ter contribuído para o desenvolvimento e investigação de uma teoria emergente e também consolidada, imprimindo-lhe algum acréscimo. Foi, então, adquirida uma compreensão mais sólida acerca dos tópicos que enquadram esta investigação e de toda esta dimensão enciclopédica que caracteriza a adultez tardia.

Referências Bibliográficas

- Abrams, D., Crisp, R. J., Marques, S., Fagg, E., Bedford, L., & Provias, D. (2008). Threat inoculation: Experienced and imagined intergenerational contact prevents stereotype threat effects on older people's math performance. *Psychology and Aging, 23*(4), 934-939. <https://doi.org/10.1037/a0014293>
- Abrams, D., Eller, A., & Bryant, J. (2006). An age apart: The effects of intergenerational contact and stereotype threat on performance and intergroup bias. *Psychology and Aging, 21*(4), 691-702. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.21.4.691>
- Allan, L. J., & Johnson, J. (2009). Undergraduate attitudes toward the elderly: The role of knowledge, contact, and aging anxiety. *Educational Gerontology, 35*(1), 1-14. <https://doi.org/10.1080/03601270802299780>
- Allan, L. J., Johnson, J. A., & Emerson, S. D. (2014). The role of individual difference variables in ageism. *Personality and Individual Differences, 59*, 32-37. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2013.10.027>
- Anderson, K. A., & Dabelko-Schoeny, H. I. (2010). Civic engagement for nursing home residents: A call for social work action. *Journal of Gerontological Social Work, 53*(3), 270-282. <http://dx.doi.org/10.1080/01634371003648323>
- Araújo, L. F., Coutinho, M. P., & Saldanha, A. A. (2005). Análise comparativa das representações sociais da velhice entre idosos de instituições geriátricas e grupos de convivência. *PSICO, 36*(2), 197-204. <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/1390/1090>
- Areosa, S. V. C. (2004). O que pensam as mulheres e os homens idosos sobre o seu envelhecimento? *Textos & Contextos, 3*(1), 1-13. https://www.researchgate.net/publication/277240994_06_O_que_pensam_as_mulheres_e_os_homens_idosos_sobre_o_seu_envelhecimento
- Ashmore, R. D., & Del Boca, F. K. (1981). Conceptual approaches to stereotypes and stereotyping. In D. L. Hamilton (Ed.), *Cognitive processes in stereotyping and intergroup behavior* (pp. 1-35). Lawrence Erlbaum Associates.
- Ayalon, L., & Tesch-Römer, C. (2017). Taking a closer look at ageism: Self- and other-directed ageist attitudes and discrimination. *European Journal of Ageing, 14*(1), 1-4. <https://doi.org/10.1007/s10433-016-0409-9>

- Azeredo, Z. A. S., & Afonso, M. A. N. (2016). Solidão na perspectiva do idoso. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 19(2), 313-24. <http://dx.doi.org/10.1590/1809-98232016019.150085>
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In P. B. Baltes & M. M. Baltes (Eds.), *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences* (pp. 1-34). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511665684.003>
- Barker, M., O'Hanlon, A., McGee, H. M., Hickey, A., & Conroy, R. M. (2007). Cross-sectional validation of the aging perceptions questionnaire: A multidimensional instrument for assessing self-perceptions of aging. *BMC Geriatrics*, 7(1), 1-13. <https://doi.org/10.1186/1471-2318-7-9>
- Beauvoir S. (1990). *A velhice*. Difusão Europeia do Livro.
- Beja, M. J., & Franco, M. G. (2009). Questionário sobre percepções de envelhecimento (QPE) [Instrumento de avaliação psicológica não publicado].
- Berger, L. (1995). Cuidados de enfermagem em gerontologia. In L. Berger & D. Mailloux-Poirier (Eds.), *Pessoas idosas: Uma abordagem global: Processo de enfermagem por necessidades* (pp. 11-19). Lusodidacta.
- Birren, J. (1996). *Encyclopedia of gerontology*. Pergamon.
- Blanca, M. J., Sánchez, C., & Trianes, M. V. (2005). Cuestionario de evaluación de estereótipos negativos hacia la vejez [Negative Stereotypes Towards Aging Questionnaire]. *Revista Multidisciplinar de Gerontologia*, 15(4), 212-220. <https://www.researchgate.net/publication/28125856>
- Blauth, C., McDaniel, J., Perrin, C., & Perrin, P. B. (2011). *Aged-based stereotype: Silent killer of collaboration and productivity*. Active Global.
- Bodner, E., Bergman, Y. S., & Cohen-Fridel, S. (2012). Different dimensions of ageist attitudes among men and women: A multigenerational perspective. *International Psychogeriatrics*, 24(6), 895-901. <https://doi.org/10.1017/S1041610211002936>
- Bourdieu, P. (1980). *Questions de Sociologie* [Sociology questions]. Ed. du Minuit.
- Butler, R. N. (1969). Age-ism: Another Form of Bigotry. *The Gerontologist*, 9(4), 243-246. https://doi.org/10.1093/geront/9.4_Part_1.243
- Castro, F. V., Diaz, A. V. D., & Veja, J. L. V. (1999). *Construcción psicológica da la identidad regional: Tópicos y estereótipos en el processo de socialización el referente a Extremadura*. Diputación Provincial de Badajoz.

- Chasteen, A. L., & Cary, L. A. (2015). Age stereotypes and age stigma: Connections to research on subjective aging. In M. Diehl & H. W. Wahl (Eds.), *Annual review of gerontology and geriatrics: Subjective aging: New developments and future directions* (Vol. 35, p. 99-119). Springer Publishing Co.
- Chow, N., & Bai, X. (2011). Modernization and its impact on chinese older people's perception of their own image and status. *International Social Work, 54*(6), 800-815. <https://doi.org/10.1177/0020872811406458>
- Clement, R. W., & Krueger, J. (2002). Social categorization moderates social projection. *Journal of Experimental Social Psychology, 38*(3), 219-231. <https://doi.org/10.1006/jesp.2001.1503>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioural sciences* (2nd ed.). Lawrence Earlbaum Associates. <http://www.utstat.toronto.edu/~brunner/oldclass/378f16/readings/CohenPower.pdf>
- Colombo, V. X. L., Angarita, R. B., Gatto, M. del R. T., Bessolo, M. S. R., Calderón, D. H., Miranda, L. M. M., ... Gavira, G. (2013). Estereotipos negativos hacia la vejez en personas mayores de Latinoamérica. *Revista INFAD, 16*(4), 9-23. <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2013v16i4p9-23>
- Cooney, C., Minahan, J., & Siedlecki, K. L. (2020). Do feelings and knowledge about aging predict ageism? *Journal of Applied Gerontology, 073346481989752*. <https://doi.org/10.1177/0733464819897526>
- Costa, E. M. S. (1998). *Gerontodrama - A velhice em cena*. Editora Ágora.
- Coudin, G., & Alexopoulos, T. (2010). 'Help me! I'm old!' How negative aging stereotypes create dependency among older adults. *Aging & Mental Health, 14*(5), 516-523. <https://doi.org/10.1080/13607861003713182>
- Cross, S., & Markus, H. (1991). Possible selves across the life span. *Human Development, 34*(4), 230-255. <https://doi.org/10.1159/000277058>
- Daniel, F., Simões, T., & Monteiro, R. (2012). Representações sociais do «Envelhecer no masculino» e do «Envelhecer no feminino». *Ex aequo, 26*, 13-26. <http://hdl.handle.net/10316/41943>
- Dark-Freudeman, A., West, R. L., & Viverito, K. M. (2006). Future selves and aging: Older adults' memory fears. *Educational Gerontology, 32*(2), 85-109. <https://doi.org/10.1080/03601270500388125>

- 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*(1), 279-287. <https://doi.org/10.1196/annals.1396.021>
- Duran-Badillo, T., Miranda-Posadas, C., Cruz-Barrera, L. G., Martínez-Aguilar, M., Gutiérrez-Sánchez, G., & Aguilar-Hernández, R. M. (2016). Estereotipos negativos sobre la vejez en estudiantes universitarios de enfermería. *Revista de enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, *24*(3), 205-209. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2020.n1.v1.1762>
- Eibach, R. P., Mock, S. E., & Courtney, E. A. (2010). Having a “senior moment”: Induced aging phenomenology, subjective age, and susceptibility to ageist stereotypes. *Journal of Experimental Social Psychology*, *46*(4), 643-649. <https://doi.org/10.1016/j.jesp.2010.03.002>
- Eurostat. (2019, Julho). *Estrutura populacional e envelhecimento*. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population_structure_and_ageing/pt
- Eurostat. (2019, Setembro). *Ageing Europe - Looking At The Lives Of Older People In The EU*. https://ec.europa.eu/eurostat/documents/3217494/10166544/KS-02-19%E2%80%91EN-N.pdf/c701972f-6b4e-b432-57d2-91898ca94893?fbclid=IwAR3BGe_tU2Qj4BSWQz7KdH74dYwlgau1UQ3h_Mux41aL02lx9OHMAjVXEyM
- Fernández-Ballesteros, R. (2007). *GeroPsychology - European perspectives for an aging world*. Hogrefe & Huber.
- Fernández-Ballesteros, R. (2008). *Active aging*. Hogrefe Publishing GmbH.
- Fernández-Ballesteros, R. (2009). *Envejecimiento activo. Contribuciones de la psicología* [Active aging. The contribution of psychology]. Ediciones Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R., Caprara, M., Schettini, R., Bustillos, A., Mendoza-Nunez, V., Orosa, T., Kornfeld, R., Rojas, M., López, M. D., Santacreu, L. M., Molina, M. A., & Zamarrón, M. D. (2013). Effects of university programs for older adults: Changes in cultural and group stereotype, self-perception of aging, and emotional balance. *Educational Gerontology*, *39*(2), 119-131. <https://doi.org/10.1080/03601277.2012.699817>
- Fernández-Ballesteros, R., Olmos, R., Santacreu, M., Bustillos, A., & Molina, M. A. (2017). The role of perceived discrimination on active aging. *Archives of*

- Fernández-Ballesteros, R., Olmos, R., Santacreu, M., Bustillos, A., Schettini, R., Huici, C., & Rivera, J. M. (2017). Assessing aging stereotypes: Personal stereotypes, self-stereotypes and self-perception of aging. *Psicothema*, 29(4), 482-489. <https://doi.org/10.7334/psicothema2016.314>
- Filho, D. B. G., & Júnior, J. A. S. (2009). Desvendando os mistérios do coeficiente de correlação de pearson (r)*. *Revista Política Hoje*, 18(1), 115-146. <https://periodicos.ufpe.br/revistas/politica hoje/article/view/3852/3156>
- Fiske, S. T., & Taylor, S. E. (1991). *Social cognition* (2nd ed.). McGraw-Hill.
- Fiske, S. T., & Tablante, C. B. (2015). Stereotyping: Processes and content. In M. Mikulincer, P. R. Shaver, E. Borgida, & J. A. Bargh (Eds.), *APA handbook of personality and social psychology, Vol. 1. Attitudes and social cognition* (pp. 457-507). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14341-015>
- Fortin, M. F., Côté, J., & Filion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lusodidacta.
- Frade, J., Barbosa, P., Cardoso, S., & Nunes, C. (2015). Depressão no idoso: Sintomas em indivíduos institucionalizados e não-institucionalizados. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(4), 41-49. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14030>
- Franco, M., Villarreal, E., Martínez, L., & Galicia, L. (2010). Estereotipos negativos de la vejez en personal desalud de un Hospital de la Ciudad de Querétaro, México. *Revista Médica de Chile*, 138(8), 988-993. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872010000800007>
- Frazier, L. D., Johnson, P. M., Gonzalez, G. K., & Kafka, C. L. (2002). Psychosocial influences on possible selves: A comparison of three cohorts of older adults. *International Journal of Behavioral Development*, 26(4), 308-317. <https://doi.org/10.1080/01650250143000184>
- Freitas, M. C., Queiroz, T. A., & Sousa, J. A. V. (2010). O significado da velhice e da experiência de envelhecer para os idosos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 44(2), 407-412. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342010000200024>
- Freund, A. M. (1997). Individuating age salience: A psychological perspective on the salience of age in the life course. *Human Development*, 40(5), 287-292. <https://doi.org/10.1159/000278732>

- Freund, A. M., & Baltes, P. B. (2002). Life-management strategies of selection, optimization and compensation: Measurement by self-report and construct validity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(4), 642–662. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.82.4.642>
- Fung, H. H., Li, T., Zhang, X., Sit, I. M. I., Cheng, S. T., & Isaacowitz, D. M. (2014). Positive portrayals of old age do not always have positive consequences. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 70(6), 913-924. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbu061>
- Gázquez, J. J., Pérez-Fuentes, M. C., Fernández, M., González, L., Ruiz, I., & Díaz, A. (2009). Old-age stereotypes related to the gerontology education: An intergenerational study. *European Journal of Education and Psychology*, 2(3), 263-273. <https://doi.org/10.30552/ejep.v2i3.27>
- Gomez, R. G., & Madey, S. F. (2001). Coping-with-hearing-loss model for older adults. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 56(4), 223-225. <https://doi.org/10.1093/geronb/56.4.p223>
- Grefe, D. (2011). Combating ageism with narrative and intergroup contact: Possibilities of intergenerational connections. *Pastoral Psychology*, 60(1), 99-105. <https://doi.org/10.1037/a0014293>
- Hamilton, D. L., & Trolie, T. K. (1986). Stereotypes and stereotyping: An overview of the cognitive approach. In J. F. Dovidio & S. L. Gaertner (Eds.), *Prejudice, discrimination and racism* (pp. 127-163). Academic Press.
- Han, J., & Richardson, V. E. (2015). The relationships among perceived discrimination, self-perceptions of aging, and depressive symptoms: A longitudinal examination of age discrimination. *Aging & Mental Health*, 19(8), 747-755. <https://doi.org/10.1080/13607863.2014.962007>
- Heckhausen, J., & Brim, O. G. (1997). Perceived problems for self and others: Self-protection by social downgrading throughout adulthood. *Psychology and Aging*, 12(4), 610-619. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.12.4.610>
- Helmes, E., & Pachana, N. A. (2016). Dimensions of stereotypical attitudes among older adults: Analysis of two countries. *Geriatrics & Gerontology International*, 16(11), 1226–1230. <https://doi.org/10.1111/ggi.12613>
- Herzlich, C. (2005). A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 15, 57-70. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312005000300004>

- Heywood, W., Minichiello, V., Lyons, A., Fileborn, B., Hussain, R., Hinchliff, S., ... Dow, B. (2019). The impact of experiences of ageism on sexual activity and interest in later life. *Ageing & Society*, 39(4), 795-814. <https://doi.org/10.1017/S0144686X17001222>
- Hoppmann, C. A., Gerstorf, D., Smith, J., & Klumb, P. L. (2007). Linking possible selves and behavior: Do domain-specific hopes and fears translate into daily activities in very old age? *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 62(2), 104-111. <https://doi.org/10.1093/geronb/62.2.P104>
- Hoyle, R. H., & Sherrill, M. R. (2006). Future orientation in the self-system: Possible selves, self-regulation, and behavior. *Journal of Personality*, 74(6), 1673-1696. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2006.00424.x>
- Imaginário, C. (2004). *O idoso dependente em contexto familiar: Uma análise da visão da família e do cuidador principal*. Formasau - Formação e Saúde.
- Instituto Nacional de Estatística. (2011, Dezembro). *Censos 2011 - Resultados Provisórios*. https://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_publicacao_det&contexto=pu&PUBLICACOESpub_boui=122073978&PUBLICACOE_Smodo=2&selTab=tab1&pcensos=61969554
- Kogan, N. (1961). Attitudes toward old people: The development of a scale and an examination of correlates. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 62(1), 44-54. <https://doi.org/10.1037/h0048053>
- Kornadt, A. E., Kessler, E. M., Wurm, S., Bowen, C. E., Gabrian, M., & Klusmann, V. (2019). Views on ageing: A lifespan perspective. *European journal of ageing*, 17(4), 387-401. <https://doi.org/10.1007/s10433-019-00535-9>
- Kornadt, A. E., & Rothermund, K. (2012). Internalization of age stereotypes into the self-concept via future self-views: A general model and domain-specific differences. *Psychology and Aging*, 27(1), 164-172. <https://doi.org/10.1037/a0025110>
- Kornadt, A. E., & Rothermund, K. (2015). Views on aging: Domain-specific approaches and implications for developmental regulation. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 35(1), 121-144. <https://doi.org/10.1891/0198-8794.35.12>

- Kotter-Grühn, D., Kleinspehn-Ammerlahn, A., Gerstorf, D., & Smith, J. (2009). Self-perceptions of aging predict mortality and change with approaching death: 16-year longitudinal results from the Berlin Aging Study. *Psychology and Aging, 24*(3), 654-667. <https://doi.org/10.1037/a0016510>
- Lamont, R. A., Swift, H. J., & Abrams, D. (2015). A review and meta-analysis of age-based stereotype threat: Negative stereotypes, not facts, do the damage. *Psychology and Aging, 30*(1), 180-193. <https://doi.org/10.1037/a0038586>
- León, S., Correa-Beltrán, G., & Giacaman, R. A. (2015). Negative ageing stereotypes in students and faculty members from three health science schools. *Gerodontology, 32*(2), 141-148. <https://www.researchgate.net/publication/245026496>
- Levy, B. (2009). Stereotype embodiment. *Current Directions in Psychological Science, 18*(6), 332-336. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2009.01662.x>
- Levy, B. R. (2003). Mind matters: Cognitive and physical effects of aging self-stereotypes. *The Journals of Gerontology: Series B, 58*(4), 203-211. <https://doi.org/10.1093/geronb/58.4.P203>
- Levy, B. R., & Myers, L. M. (2004). Preventive health behaviors influenced by self-perceptions of aging. *Preventive Medicine, 39*(3), 625-629. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2004.02.029>
- Levy, B. R., Slade, M. D., Kunkel, S. R., & Kasl, S. V. (2002). Longevity increased by positive self-perceptions of aging. *Journal of Personality and Social Psychology, 83*(2), 261-270. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.83.2.261>
- Levy, B., & Langer, E. (1994). Aging free from negative stereotypes: Successful memory in China among the American deaf. *Journal of Personality and Social Psychology, 66*(6), 989-997. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.66.6.989>
- Lindenberger, U., Delius, J. A., & Staudinger, U. M. (2015). Baltes, Paul B (1939-2006). *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences, 2*(2), 349-352. <https://doi.org/10.1016/B978-0-08-097086-8.61315-6>
- Lippmann, W. (1922). *Public opinion*. Harcourt, Brace.
- Lopes, M., Afonso, R. M., Cerqueira, M., & Pereira, H. (2012). Images of aging in institutionalized and non-institutionalized elderly people. *Psychology, Community & Health, 1*(2), 189-200. <https://doi.org/10.5964/pch.v1i2.30>
- Luchesi, B. M., Alexandre, T. S., de Oliveira, N. A., Brigola, A. G., Kusumota, L., Pavarini, S. C. I., & Marques, S. (2016). Factors associated with attitudes toward

- the elderly in a sample of elderly caregivers. *International Psychogeriatrics*, 28(12), 2079-2089. <https://doi.org/10.1017/S1041610216001538>
- MacLeod, S., Musich, S., Keown, K., & Yeh, C. S. (2019). Practical technological solutions to support successful aging. *Journal of Aging and Geriatric Medicine*, 3(1), 1-8. https://www.scitechnol.com/peer-review/perceptions-of-aging-and-their-impact-on-older-adults-health-outcomes-faO1.php?article_id=9444
- Magalhães, C., Fernandes, A., Antão, C., & Anes, E. (2010). Repercussão dos estereótipos sobre as pessoas idosas. *Revista transdisciplinar de gerontologia*, 2, 7-16. <http://hdl.handle.net/10198/2606>
- Manzi, C., Vignoles, V. L., & Regalia, C. (2009). Accommodating a new identity: Possible selves, identity change and well-being across two life-transitions. *European Journal of Social Psychology*, 40(6), 970-984. <https://doi.org/10.1002/ejsp.669>
- Markus, H., & Nurius, P. (1986). Possible selves. *American Psychologist*, 41(9), 954-969. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.41.9.954>
- Marquet, M., Missotten, P., & Adam, S. (2016). Âgisme et surestimation des difficultés cognitives des personnes âgées: Une revue de la question. [Aging and overestimation of the elderly cognitive difficulties: a review of the question]. *Geriatric Psychology Neuropsychiatric Vieil*, 14(2), 177-186. <https://doi.org/10.1684/pnv.2016.0609>
- Martens, A., Goldenberg, J. L., & Greenberg, J. (2005). A terror management perspective on ageism. *Journal of Social Issues*, 61(2), 223-239. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.2005.00403.x>
- Martins, R. M. L., & Rodrigues, M. L. M. (2004). Estereótipos sobre idosos: Uma representação social gerontofóbica. *Millenium Revista do ISPV*, 29, 249-254. <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium29/32.pdf>
- McCrae, R. R., & John, O. P. (1992). An introduction to the five-factor model and its applications. *Journal of Personality*, 60(2), 175-215. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1992.tb00970.x>
- Menéndez, S., Cuevas-Toro, A. M., Pérez-Padilla, J., & Lorence, B. (2016). Evaluación de los estereotipos negativos hacia la vejez en jóvenes y adultos. [Assessment of negative stereotypes about old age in young people and adults]. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 51(6), 323-328. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2015.12.003>

- Montorio, I., & Izal, M. (1991). Cuestionario sobre estereotipos hacia la vejez. [Questionnaire on stereotypes towards old age] [Unpublished manuscript]. Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Madrid.
- Moser, C., Spagnoli, J., & Santos-Eggimann, B. (2011). Self-perception of aging and vulnerability to adverse outcomes at the age of 65-70 years. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 66(6), 675-680. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbr052>
- Nadler, J. T., & Voyles, E. C. (2020). *Stereotypes: The incidence and impacts of bias*. ABC-CLIO. <http://publisher.abc-clio.com/9781440868672>
- Nelson, T. D. (2005). Ageism: Prejudice against our feared future self. *Journal of Social Issues*, 61(2), 207-221. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.2005.00402.x>
- Nelson, T. D. (2016). The age of ageism. *Journal of Social Issues*, 72(1), 191-198. <https://doi.org/10.1111/josi.12162>
- Neri, A. L. (2006). O legado de Paul B. Baltes à psicologia do desenvolvimento e do envelhecimento. *Temas em Psicologia*, 14(1), 17-34. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=513751426004>
- Nobre, J. C. A., Oliveira, I. R. S., Mendes, T. B., Oliveira, A. A., Souza, L. R., & Silva, R. R. (2017). O envelhecimento na atualidade: Uma controvertida produção coletiva. *Cadernos UniFOA*, 12(33), 69-86. <https://doi.org/10.47385/cadunifoa.v12.n33.481>
- Nunes, C., Menéndez, S., Martins, C., & Martins, H. (2018). Psychometric properties of the negative stereotypes towards aging questionnaire (CENVE) among a sample of portuguese adults. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 31(1), 1-6. <https://doi.org/10.1186/s41155-018-0085-0>
- Nussbaum, J. F., Pitts, M. J., Huber, F. N., Krieger, J. L. R., & Ohs, J. E. (2005). Ageism and ageist language across the life span: Intimate relationships and Nonintimate interactions. *Journal of Social Issues*, 61(2), 287-305. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.2005.00406.x>
- Oliveira, D., Goretti, L., & Pereira, L. (2006). O desempenho de idosos institucionalizados com alterações cognitivas em atividades de vida diária e mobilidade: Estudo piloto. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 10(1), 91-96. <https://doi.org/10.1590/S1413-35552006000100012>

- Oliveira, A. L., Kamimura, Q. P., & Nogueira, P. S. (2021). Resilience and active aging: Qualitative study on risk factors and protection in the elderly. *Brazilian Journal of Health Review*, 4(1), 2621-2641. <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n1-211>
- Ory, M., Hoffman, M. K., Hawkins, M., Sanner, B., & Mockenhaupt, R. (2003). Challenging aging stereotypes. Strategies for creating a more active society. *American Journal of Preventive Medicine*, 25(3), 154-171. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(03\)00181-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(03)00181-8)
- Palacios, C., Torres, M., & Mena, M. (2009). Negative aging stereotypes and their relation with psychosocial variables in the elderly population. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 48(3), 385-390. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2008.03.007>
- Palmore, E. B. (1988). *The facts on aging quiz* (2nd ed.). Springer.
- Papaléu-Netto, M., & Ponte, J. R. (2002). *Envelhecimento: Desafio na transição do século*. Atheneu.
- Paúl, C., & Fonseca, A. (2005). *Envelhecer em Portugal* (1.^a ed.). Climepsi Editores.
- Pinquart, M. (2002). Good news about the effects of bad old-age stereotypes. *Experimental Aging Research*, 28(3), 317-336. <https://doi.org/10.1080/03610730290080353>
- Reichstadt, J., Sengupta, G., Depp, C. A., Palinkas, L. A., & Jeste, D. V. (2010). Older adults' perspectives on successful aging: Qualitative interviews. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 18(7), 567-575. <https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e3181e040bb>
- Rello, C. F., Bravo, M. D. L., & Plata, R. M. M. (2018). Estereotipos sobre la edad y el envejecimiento en estudiantes y profesionales de Ciencias de la Salud. *Revista Prisma Social*, (21), 108-122. <https://revistaprismasocial.es/article/view/2425>
- Rippon, I., Kneale, D., de Oliveira, C., Demakakos, P., & Steptoe, A. (2014). Perceived age discrimination in older adults. *Age and Ageing*, 43(3), 379-386. <https://doi.org/10.1093/ageing/aft146>
- Ron, P. (2007). Elderly people's attitudes and perceptions of aging and old age: The role of cognitive dissonance? *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(7), 656-662. <https://doi.org/10.1002/gps.1726>
- Rosencranz, H. A., & McNevin, T. E. (1969). A factor analysis of attitudes toward the aged. *The Gerontologist*, 9(1), 55-59. <https://doi.org/10.1093/geront/9.1.55>

- Ross, L., Greene, D., & House, P. (1977). The “false consensus effect”: An egocentric bias in social perception and attribution processes. *Journal of Experimental Social Psychology*, 13(3), 279-301. [https://doi.org/10.1016/0022-1031\(77\)90049-X](https://doi.org/10.1016/0022-1031(77)90049-X)
- Rothermund, K. (2005). Effects of age stereotypes on self-views and adaptation. In W. Grève, K. Rothermund & D. Wentura (Eds.), *The adaptive self. Personal continuity and intentional self-development* (pp. 223-242). Hogrefe.
- Rothermund, K., & Brandstädter, J. (2003). Age stereotypes and self-views in later life: Evaluating rival assumptions. *International Journal of Behavioral Development*, 27(6), 549-554. <https://doi.org/10.1080/01650250344000208>
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1999). The structure of successful aging. In J. W. Rowe & R. L. Kahn (Eds.), *Successful Aging* (pp. 36-52). Dell Publishing.
- Sánchez, C., Trianes, M. V., & Blanca, M. J. (2009). Negative aging stereotypes and their relation with psychosocial variables in the elderly population. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 40(3), 385-390. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2008.03.007>
- Santos, S. S. C. (2011). Envelhecimento: Visão de filósofos da antiguidade oriental e ocidental. *Rev. RENE*, 2(1), 88-94. <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/5837>
- Sarabia, C. C. M., & Castanedo, P. C. (2015). Modificación de estereotipos negativos en la vejez en estudiantes de enfermería. *Gerokomos*, 26(1), 10-12. <https://doi.org/doi.org/10.4321/S1134-928X2015000100003>
- Sargent-Cox, K. (2016). Ageism: We are our own worst enemy. *International Psychogeriatrics*, 29(1), 1-8. <https://doi.org/10.1017/S1041610216001939>
- Sargent-Cox, K. A., Anstey, K. J., & Luszcz, M. A. (2012). The relationship between change in self-perceptions of aging and physical functioning in older adults. *Psychology and Aging*, 27(3), 750-760. <https://doi.org/10.1037/a0027578>
- Schneider, R. H., & Irigaray, T. Q. (2008). O envelhecimento na atualidade: Aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. *Estudos de Psicologia*, 25(4), 585-93. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2008000400013>
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lidel.
- Sexton, E., King-Kallimanis, B. L., Morgan, K., & McGee, H. (2014). Development of the brief ageing perceptions questionnaire (B-APQ): A confirmatory factor

- analysis approach to item reduction. *BMC Geriatrics*, *14*(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/1471-2318-14-44>
- Silva, L. C. C., Farias, L. M. B., de Oliveira, T. S., & Rabelo, D. F. (2012). Atitude de idosos em relação à velhice e bem-estar psicológico. *Revista Kairós Gerontologia*, *15*(3), 119-140. <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/13798/10187>
- Silva, T. F. C., Almeida, D. B. A., Oliva, E. C., & Kubo, E. K. M. (2021). Além das equipes intergeracionais: Possibilidades de estudos sobre ageismo. *Revista Eletrônica de Administração*, *27*(2), 642-662. <https://doi.org/10.1590/1413-2311.327.101822>
- Smith, J., & Freund, A. M. (2002). The dynamics of possible selves in old age. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, *57*(6), 492-500. <https://doi.org/10.1093/geronb/57.6.P492>
- Smith-Ray, R. L., Irmiter, C., & Boulter, K. (2016). Cognitive training among cognitively impaired older adults: A feasibility study assessing the potential improvement in balance. *Frontiers in Public Health*, *4*. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2016.00219>
- Snyder, C. W., & Tyler, C. V. (2001). The palmore facts on aging quiz. *Gerontology & Geriatrics Education*, *21*(3), 21-29. https://doi.org/10.1300/J021v21n03_04
- Sousa, L., Cerqueira, M., & Galante, H. (2008). How images of old age vary with age: An exploratory study among the Portuguese population. *Reviews in Clinical Gerontology*, *18*(1), 77-90. <https://doi.org/10.1017/S0959259808002682>
- Staab, A. S., & Hodges, L. C. (1998). *Enfermería gerontológica: Adaptación al proceso de envejecimiento*. MacGraw-Hill Interamericana.
- Steele, C. M., & Aronson, J. (1995). Stereotype threat and the intellectual test performance of african americans. *Journal of Personality and Social Psychology*, *69*(5), 797-811. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.69.5.797>
- Steverink, N., Westerhof, G. J., Bode, C., & Dittmann-Kohli, F. (2001). The personal experience of aging, individual resources, and subjective well-being. *Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, *56*(6), 364-373. <https://doi.org/10.1093/geronb/56.6.P364>
- Swift, H. J., Abrams, D., Lamont, R. A., & Drury, L. (2017). The risks of ageism model: How ageism and negative attitudes toward age can be a barrier to active

- aging. *Social Issues and Policy Review*, 11(1), 195-231.
<https://doi.org/10.1111/sipr.12031>
- Tabachnick, B. G., Fidell, L. S., & Ullman, J. B. (2007). *Using multivariate statistics*. Pearson.
- Tavares, D. M. S., Heitor, S. F. D., Dias, F. A., Gomes, N. C., & Rodrigues, L. R. (2014). Preditores de osteoporose entre idosos da área rural. *Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde*, 3(1), 14-25.
- Teixeira, S. M. O., Souza, L. E. C., & Maia, L. M. (2018). Ageísmo institucionalizado: Uma revisão teórica. *Revista Kairós-Gerontologia*, 21(3), 129-149.
<http://dx.doi.org/10.23925/2176-901X.2018v21i3p129-149>
- van den Heuvel, W. J. A., & van Santvoort, M. M. (2011). Experienced discrimination amongst european old citizens. *European Journal of Ageing*, 8(4), 291-299.
<https://doi.org/10.1007/s10433-011-0206-4>
- VandenBos, G. R. (1998). *Life-span developmental perspectives on aging: An introductory overview*. In I. H. Nordhus, G. R. VandenBos, S. Berg, & P. Fromholt (Eds.), *Clinical geropsychology* (p. 3–14). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10295-001>
- Villas-Boas, S., Ramos, N., Amado, J., Oliveira, A., & Montero, I. (2017). A redução de estereótipos e atitudes negativas entre gerações - O contributo da educação intergeracional. *Laplage em Revista*, 3(3), 206-220.
<https://doi.org/10.24115/S2446-6220201733365p.206-220>
- Vogel, T., & Wanke, M. (2016). What is an attitude and why is it important? In T. Vogel & M. Wanke (Eds.), *Attitudes and attitude change* (pp. 1-17). Routledge.
- Wahl, H. W., & Gerstorf, D. (2018). A conceptual framework for studying context dynamics in aging (CODA). *Developmental Review*, 50, 155–176.
<https://doi.org/10.1016/j.dr.2018.09.003>
- Weiss, D., & Freund, A. M. (2012). Still young at heart: Negative age-related information motivates distancing from same-aged people. *Psychology and Aging*, 27(1), 173-180. <https://doi.org/10.1037/a0024819>
- Westerhof, G. J., & Barrett, A. E. (2005). Age identity and subjective well-being: A comparison of the united states and germany. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 60(3), 129-136. <https://doi.org/10.1093/geronb/60.3.S129>

- World Health Organization. (2015, Setembro). *World Report on Ageing and Health*.
<https://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/en/>
- Wurm, S., & Benyamini, Y. (2014). Optimism buffers the detrimental effect of negative self-perceptions of ageing on physical and mental health. *Psychology & Health*, 29(7), 832-848. <http://dx.doi.org/10.1080/08870446.2014.891737>
- Wurm, S., Diehl, M., Kornadt, A. E., Westerhof, G. J., & Wahl, H. W. (2017). How do views on aging affect health outcomes in adulthood and late life? Explanations for an established connection. *Developmental Review*, 46, 27-43. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2017.08.002>
- Wurm, S., Tesch-Römer, C., & Tomasik, M. J. (2007). Longitudinal findings on aging-related cognitions, control beliefs, and health in later life. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 62(3), 156-164. <https://doi.org/10.1093/geronb/62.3.P156>
- Wurm, S., Tomasik, M. J., & Tesch-Romer, C. (2010). On the importance of a positive view on ageing for physical exercise among middle-aged and older adults: Cross-sectional and longitudinal findings. *Psychol Health* 25(1), 25-42. <https://doi.org/10.1080/08870440802311314>
- Zanatta, C., Santana, C. M. L., Domingos, L. F., Dufflis, A. C. S., & Coelho, P. D. S. (2021). Crença de jovens a respeito do envelhecimento e a pessoa idosa. *Revista Valore*, 6, 183-200. <https://doi.org/10.22408/reva6020211028183-200>

Anexos

Anexo A - Requerimento para utilização do Questionário sobre Perceções de Envelhecimento (QPE)

Cara Prof. Doutora Maria João Beja,

Sou aluna do 2.º ano do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Centro Regional de Braga, e no âmbito da Unidade Curricular de Dissertação pretendo explorar a relação entre estereótipos e autoperceções negativas sobre o envelhecimento numa amostra de adultos mais velhos. Este trabalho será realizado sob a orientação da Prof. Doutora Berta Rodrigues Maia.

Neste contexto, e tendo conhecimento de que validou e adaptou o Questionário sobre Perceções de Envelhecimento (QPE) para a população portuguesa, solicito que me autorize a usá-la, de modo a que o possa utilizar no projeto a que me proponho a desenvolver.

O trabalho supracitado possui apenas fins académicos e será garantido o anonimato e o carácter confidencial dos dados.

Agradeço, desde já, a atenção dispensada, estando ao dispor para fornecer qualquer esclarecimento adicional.

Atentamente, Eduarda Oliveira

PROJETO DE INVESTIGAÇÃO

Convidamo-lo a participar numa investigação que pretende estudar algumas das variáveis implicadas no processo de envelhecimento. Para tal, pedimos-lhe que preencha um conjunto de questionários de autorresposta. Demorará cerca de **15 minutos** a responder.

A sua participação é **voluntária** e tem toda a liberdade de recusar ou de abandonar. Caso não esteja interessado(a) em participar, por favor, não preencha nada no protocolo e devolva-o ao investigador.

Caso pretenda participar, será garantida completa **confidencialidade** da informação recolhida. Leia atentamente todas as questões e responda segundo as instruções. Não há respostas certas ou erradas. O que interessa é que responda como de facto se aplica a si, da forma mais sincera e espontânea possível. Necessitamos de uma amostra grande e as respostas não serão analisadas individualmente.

Pedimos que **não deixe questões por responder**, uma vez que tal invalidará todas as restantes respostas. Tenha em atenção, por favor, o verso das páginas que contém também questões.

Declaro que aceito participar neste projeto de investigação. Fui informado(a) acerca da natureza do estudo, da participação voluntária e da confidencialidade e anonimato dos dados recolhidos (assinale com uma cruz).

Muito obrigada pela sua colaboração.

No caso de ter alguma dúvida ou questão contacte a investigadora responsável através do

e-mail: eduardaaoliveira8@gmail.com

Anexo C - Questionário Sociodemográfico

1. **Idade:** _____

2. **Sexo:** Masculino Feminino

3. **Estado Civil:**

Solteiro(a), mas numa relação de namoro Solteiro(a), e sem uma relação de namoro

Casado(a) União de facto Divorciado(a)/Separado(a) Viúvo(a)

4. **Tem filhos?** Não Sim

4.1. **Se sim, quantos?** _____ 4.2. **Algun dos seus filhos vive consigo?** Não Sim

5. **Tem netos?** Não Sim

5.1. **Se sim, quantos?** _____ 5.2. **Algun dos seus netos vive consigo?** Não Sim

6. **Vive sozinho(a)?** ²Sim Não

7. **Em que país nasceu?** _____

8. **Que nível de estudos completou:**

Não sabe ler nem escrever Sabe ler e escrever, mas sem possuir grau de ensino

Ensino básico primário (4ª classe completa) Ensino básico preparatório (antigo 9ºano)

Ensino secundário (12º ano) Ensino médio (e.g., bacharelato) Ensino universitário

9a. **Qual a sua situação profissional atual?**

Estudante Trabalhador-Estudante Empregado(a) Desempregado(a)

Reformado(a) Reformado e a estudar

10. **Se trabalha, refira qual a profissão que exerce:** _____

11. **Qual a sua área de residência?** Rural (aldeia) Urbana (cidade) Semiurbana (vila)

QUESTÕES SOBRE ENVELHECIMENTO

12. **Na sua opinião, a partir de que idade se pode considerar que uma pessoa é idosa?**² _____ anos

13. **Já fez alguma formação ou curso sobre envelhecimento?** Não Sim

13.1. **Se sim, indique o tipo de curso e a sua duração:** _____

14. **Tem contacto com pessoas maiores de 65 anos?** Sim Não

14.1. **Se sim, maioritariamente com que tipo de pessoas?**

Familiares Vizinhos Amigos Colegas **Continua na página seguinte**

² Questão aplicada apenas aos adultos mais velhos não institucionalizados.

14.1.1. Se outro tipo de pessoas, qual? _____

14.1.2. O tipo de contacto que tem com pessoas idosas é na maioria das vezes:

Pessoal Telefónico Via Internet Via postal

15. Tem contacto com pessoas idosas (com mais de 65 anos) que não estejam dependentes dos outros? Sim Não

15. 1. Se sim, este contacto é:

Diário e quotidiano (com convivência) Muito habitual (mas sem convivência)

Bastante frequente Esporádico/Raramente Nenhum

16. Tem contacto com pessoas idosas (com mais de 65 anos) que estejam dependentes, ou seja, com problemas de saúde ou de outro tipo que provocam falta de independência?

Sim Não

16.1. Se sim, este contacto é: Diário e quotidiano (com convivência)

Muito habitual (mas sem convivência) Bastante frequente

Esporádico/Raramente Nenhum

17. Presta cuidados a pessoas com mais de 65 anos que já estejam dependentes, ou seja, com problemas de saúde ou de outro tipo e que já não consigam realizar de forma autónoma as tarefas do dia a dia (vestir e comer sozinho, usar transportes)?³ Sim Não

QUESTÕES SAÚDE

18. Nos últimos seis meses, recebeu alguma orientação ou tratamento por problemas pessoais ou familiares, ou por problemas de nervos ou emocionais? Sim Não Não sei

19. Nos últimos seis meses, tem tomado algum medicamento receitado para os nervos (como calmantes) ou para a depressão? Sim Não Não sei

18.1. Ainda o está a tomar? Sim Não Não sei

20. Neste momento, tem algum problema ou doença física que afete seriamente a sua saúde?

Sim Qual _____ Não Não sei

21. Como avalia a sua saúde em geral, neste momento?

Muito Boa Boa Regular Má Não sei

³Questão aplicada apenas aos adultos mais velhos não institucionalizados.

Anexo D - Questionário de Estereótipos Negativos sobre o Envelhecimento (CENVE)

Seguidamente apresentamos um conjunto de afirmações sobre os idosos e o envelhecimento. Assinale

	Muito em desacordo	Um pouco em desacordo	Um pouco de acordo	Muito de acordo
1. A maior parte das pessoas quando chega aproximadamente aos 65 anos começa a ter uma considerável deterioração da memória.	1	2	3	4
2. As pessoas idosas têm pouco ou nenhum interesse por sexo.	1	2	3	4
3. As pessoas idosas irritam-se com facilidade e são “rabugentas”.	1	2	3	4
4. A maioria das pessoas idosas tem alguma doença mental que é suficientemente grave para deteriorar as suas capacidades.	1	2	3	4
5. As pessoas idosas têm menos amigos do que as mais jovens.	1	2	3	4
6. À medida que as pessoas envelhecem tornam-se mais rígidas e inflexíveis.	1	2	3	4
7. A maior parte dos adultos mantém um nível de saúde aceitável até (aproximadamente) aos 65 anos, mas, a partir dessa idade, ocorre uma forte deterioração da saúde.	1	2	3	4
8. À medida que as pessoas envelhecem vão perdendo interesse pelas coisas.	1	2	3	4
9. Em muitas ocasiões as pessoas idosas são como crianças.	1	2	3	4
10. A maior parte das pessoas idosas tem uma série de incapacidades que as tornam dependentes dos outros.	1	2	3	4
11. À medida que as pessoas vão envelhecendo vão perdendo a capacidade para resolver os problemas.	1	2	3	4
12. Os defeitos das pessoas agudizam-se com a idade.	1	2	3	4
13. A deterioração cognitiva (perda de memória, desorientação, confusão...) é uma parte inevitável do envelhecimento.	1	2	3	4
14. Quase nenhuma pessoa com mais de 65 anos faz um trabalho tão bem feito como alguém mais jovem.	1	2	3	4
15. Uma grande parte das pessoas com mais de 65 anos estão "gagás".	1	2	3	4

Por favor, verifique se respondeu a todas as questões.

Muito obrigada pela sua colaboração!

Anexo E - Cronograma

	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro
1ª fase														
Melhoria (seguindo correções/MAI II): Enquadramento teórico Metodologia [normas APA 7ªed]														
Pedido de autorização para o uso das escalas (autores das validações portuguesas)														
Entrega da versão melhorada à orientadora da FFCS				dia 4										
Entrega do projeto de dissertação nos serviços escolares após aprovação e parecer positivo pela orientadora da FFCS				até ao dia 11										
2ª fase*														
Construção do protocolo de investigação (papel e/ou online)														
Recolha de dados														
Introdução dos dados em SPSS														
Análise estatística dos dados (SPSS)														
Escrita dos Resultados														
Escrita da Discussão dos resultados e conclusões do estudo														
Entrega da dissertação nos serviços escolares com parecer positivo da orientadora FFCS														dia 10