



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Idadismo e qualidade de vida: um estudo com adultos

Mafalda da Costa Gonçalves de Sá



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Mafalda da Costa Gonçalves de Sá

Idadismo e qualidade de vida: um estudo com adultos

Mestrado em Gerontologia Social

Dissertação efetuada sob orientação de
Professora Doutora Raquel Gonçalves

Setembro, 2025

Agradecimentos

A jornada da elaboração de um trabalho tão complexo, repleto de desafios, aprendizagens, conquistas, dúvidas e superações, como é o caso desta dissertação, nunca seria possível sem o apoio de pessoas especiais que estiveram ao meu lado durante todo o percurso e que, de alguma forma, contribuíram para que este trabalho se tornasse realidade.

Em primeiro lugar, quero agradecer sinceramente à minha orientadora, Doutora Raquel Gonçalves, pela sua incansável orientação, paciência e dedicação ao longo deste percurso, pelas contribuições dadas para o desenvolvimento da investigação e principalmente pela disponibilidade demonstrada durante esta jornada. A sua orientação foi fundamental não só para o desenvolvimento desta dissertação, mas também para o meu crescimento pessoal e académico.

Agradeço também, de forma muito especial, aos meus pais e à minha irmã, por todo o apoio que demonstraram ao longo deste tempo e por estarem ao meu lado em todos os momentos. Obrigada por acreditarem em mim e nas minhas capacidades, mesmo quando eu própria duvidei. O vosso apoio incondicional, carinho e presença constante foram essenciais para que não desistisse, especialmente nos momentos em que tudo parecia mais difícil. Saber que havia pessoas que nem por um segundo deixaram de acreditar em mim e no meu potencial, que se encontravam disponíveis sempre que necessário para demonstrar apoio através de uma palavra amiga, ou até ao fazer-me companhia nas deslocações necessárias para a realização deste estudo, tornou todo este percurso muito mais fácil, o meu maior obrigado!

Às minhas amigas, que em todos os momentos demonstravam interesse na evolução e nas etapas a superar encontradas pelo caminho, o meu obrigada por proporcionarem momentos de lazer e convívio durante momentos de maior stress.

A todos os que me acompanharam nesta etapa, amigos, colegas e professores, o meu sincero obrigada. Cada palavra de incentivo, cada gesto de ajuda e cada momento partilhado contribuíram para a concretização deste objetivo.

Quero também agradecer a todos as pessoas que aceitaram participar neste estudo comigo, dedicando um pouco do seu tempo e demonstrando interesse em fazer parte da amostra. Sem cada uma destas pessoas a realização deste estudo não seria possível, o meu muito obrigada! Este trabalho é o reflexo não só do meu esforço, mas também da generosidade, confiança e apoio de todos vocês.

A todos o meu muito obrigado!

RESUMO

Contexto e objetivo. O envelhecimento é um processo natural, contínuo e universal, marcado por alterações físicas, sociais, emocionais, entre outras (Rosa, 2020). Portugal é um dos países mais envelhecidos do mundo (Pordata, 2023), mas o estigma em relação às pessoas mais velhas persiste. O idadismo, entendido como estereótipos, preconceitos e discriminação com base na idade (OMS, 2021), associa-se a piores indicadores de saúde, isolamento, solidão e menor qualidade de vida. Muitas destas percepções resultam do desconhecimento sobre o processo de envelhecimento, pelo que o presente estudo tem como objetivo identificar estereótipos associados à velhice e analisar a relação entre idadismo e qualidade de vida em diferentes grupos etários.

Método. Trata-se de um estudo quantitativo, correlacional, com amostra de 159 participantes, organizados em três grupos etários: 53 jovens adultos (18-24 anos), 50 adultos (25-64 anos) e 56 adultos mais velhos (65+ anos), residentes na comunidade, na região norte de Portugal, e sem comprometimento cognitivo. O processo de amostragem foi não probabilístico por conveniência, sendo que os instrumentos utilizados incluíram um questionário sociodemográfico, o WHOQOL-Bref (Canavarro et al., 2010), um questionário específico sobre idadismo e a Escala de Imagens da Velhice (Sousa et al., 2002). O protocolo foi maioritariamente autoadministrado entre setembro de 2023 e junho de 2024 e os dados foram analisados com recurso ao IBM SPSS (versão 27).

Resultados. Os participantes, com idades compreendidas entre 18 e 83 anos ($M=44,49$), maioritariamente mulheres (69,2%) e solteiros (51,6%), pontuaram mais alto no domínio das relações sociais da qualidade de vida ($M=73,84$) e mais baixo no domínio ambiente ($M=75,00$). Na Escala ImAges, destacou-se a maturidade, atividade e afetividade ($M=21,29$) e, em menor grau, a dependência física/emocional e antiquado ($M=20,51$). Diferenças significativas foram encontradas entre grupos etários, sendo que no fator dependência, tristeza e antiquado os jovens adultos apresentaram pontuações significativamente mais elevadas do que os adultos mais velhos e no fator incompetência relacional e cognitiva adultos mais velhos apresentaram pontuações significativamente mais elevadas do que jovens adultos e os adultos.

Conclusão. O envelhecimento continua a ser marcado por estereótipos negativos que comprometem a qualidade de vida das pessoas à medida que envelhecem. É fundamental, por isso, investir em políticas públicas, campanhas de educação intergeracional e ações de sensibilização que contribuam para o combate ao idadismo e promovam uma visão mais positiva da velhice e do processo de envelhecimento.

Palavras-chave. Envelhecimento; Gerontologia Social; Idadismo; Qualidade de vida.

ABSTRACT

Context and objective. Aging is a natural, continuous, and universal process marked by physical, social, emotional, and other changes (Rosa, 2020). Portugal is one of the oldest countries in the world (Pordata, 2023), but stigma against older people persists. Ageism, understood as stereotypes, prejudices, and discrimination based on age (WHO, 2021), is associated with poorer health indicators, isolation, loneliness, and lower quality of life. Many of these perceptions result from a lack of knowledge about the aging process, so this study aims to identify stereotypes associated with old age and analyze the relationship between ageism and quality of life in different age groups.

Method. This is a quantitative, correlational study with a sample of 159 participants, organized into three age groups: 53 young adults (18-24 years), 50 adults (25-64 years), and 56 older adults (65+ years), residing in the community in northern Portugal and without cognitive impairment. The sampling process was non-probabilistic for convenience, and the instruments used included a sociodemographic questionnaire, the WHOQOL-Bref (Canavarro et al., 2010), a specific questionnaire on ageism, and the Old Age Image Scale (Sousa et al., 2002). The protocol was mostly self-administered between September 2023 and June 2024, and the data were analyzed using IBM SPSS (version 27).

Results. Participants, aged between 18 and 83 ($M=44.49$), mostly women (69.2%) and single (51.6%), scored higher in the social relations domain of quality of life ($M=73.84$) and lower in the environment domain ($M=75.00$). On the ImAges Scale, relational and cognitive maturity stood out ($M=21.29$) and, to a lesser extent, physical/emotional dependence and old-fashionedness ($M=20.51$). Significant differences were found between age groups, with young adults scoring significantly higher than older adults on the factors of dependence, sadness, and old-fashionedness, and older adults scoring significantly higher than young adults and adults on the factors of relational and cognitive incompetence.

Conclusion. Aging continues to be marked by negative stereotypes that compromise people's quality of life as they age. It is therefore essential to invest in public policies, intergenerational education campaigns, and awareness-raising actions that contribute to combating ageism and promote a more positive view of old age and the aging process.

Keywords. Aging; Social Gerontology; Ageism; Quality of life.

Índice Geral

Introdução.....	1
REVISÃO DA LITERATURA.....	6
Envelhecimento e Gerontologia	7
Idadismo.....	10
Qualidade de Vida.....	16
A relação entre idadismo e qualidade de vida.....	22
Perspetiva do Curso de Vida	24
MÉTODO.....	27
Plano de investigação e participantes.....	28
Instrumentos de recolha de dados	29
Procedimentos de recolha de dados	32
Estratégias de análise de dados	33
RESULTADOS	34
1. Descrição dos participantes: características sociodemográficas, estado de saúde e práticas religiosas	35
2. Análise dos domínios da Qualidade de Vida	39
3. Análise dos fatores da escala “ImAges”	48
3.1. Perceções sobre idadismo em jovens, adultos na vida ativa e adultos mais velhos	51
4. Análise da relação entre a qualidade de vida, imagens da velhice e variáveis sociodemográficas	56
DISCUSSÃO DE RESULTADOS E CONCLUSÃO	58
Referências Bibliográficas	79

Índice de Tabelas

Tabela 1. Esquema conceptual dos domínios da WHOQOL-Bref.....	30
Tabela 2. Esquema conceptual da Escala ImAges.....	32
Tabela 3. Caracterização sociodemográfica dos participantes, por grupo de idade e total dos participantes	35
Tabela 4. Perceção do estado de saúde.....	38
Tabela 5. Caracterização dos participantes relativamente à religião	39
Tabela 6. Caracterização da qualidade de vida dos participantes	40
Tabela 7. Diferenças na perceção de qualidade de vida em função do grupo etário (ANOVA) .	40
Tabela 8. Diferenças na qualidade de vida em função do género (Teste t para amostras independentes)	41
Tabela 9. Associação entre a perceção de qualidade de vida e o nível de escolaridade (correlação de Pearson)	42
Tabela 10. Diferenças na perceção de qualidade de vida em função do estado civil (ANOVA) .	43
Tabela 11. Associação entre a qualidade de vida e coresidência (correlação de Pearson).....	44
Tabela 12. Diferenças na perceção de qualidade de vida em função da situação face ao emprego (ANOVA)	44
Tabela 13. Diferenças na perceção de qualidade de vida em função da saúde física e mental nos diferentes grupos etários (correlação de Pearson).....	46
Tabela 14. Caracterização das Imagens da Velhice dos participantes.....	48
Tabela 15. Diferenças nas Imagens da Velhice em função do grupo etário (ANOVA).....	49
Tabela 16. Diferenças nas Imagens da Velhice em função do género (Teste t para amostras independentes)	49
Tabela 17. Associação entre as Imagens da Velhice e o nível de escolaridade (correlação de Pearson)	50
Tabela 18. Análise das questões específicas do idadismo por grupo etário.....	52
Tabela 19. Perceção sobre situações de idadismo.....	53
Tabela 20. Tipos de discriminação	54
Tabela 21. Estratégias para combater o idadismo	55
Tabela 22. Associação entre a Qualidade de vida e as ImAges da velhice por grupo etário	56

Introdução

O envelhecimento constitui um processo contínuo e inerente à experiência humana. De facto, as transformações sociodemográficas verificadas nas últimas décadas conduziram a um aumento progressivo da esperança média de vida, o que contribuiu para que a Europa se tornasse o continente mais envelhecido do mundo (Rosa, 2020). Este aumento da longevidade humana resulta, em grande medida, da modernização social e económica, da melhoria das condições de vida e do acesso facilitado aos cuidados sociais e de saúde. Esses fatores, em articulação com dinâmicas sociais e culturais, influenciaram significativamente os níveis de fecundidade, natalidade e mortalidade das últimas décadas (Rosa, 2020).

Portugal é o segundo país mais envelhecido da União Europeia (só ultrapassado pela Itália), com um índice de envelhecimento de 188,1% (Pordata, 2024). Além disso, a população com 65 ou mais anos representa atualmente quase 25% da população total (Pordata, 2024).

De acordo com dados do INE (2024), em 1990 a esperança média de vida à nascença rondava os 73,9 anos (77,3 para as mulheres e 70,5 para os homens), sendo que até 2023 estes valores sofreram alterações significativas, passando para os 81,2 anos (83,7 anos para as mulheres e 78,4 para os homens). Em pouco mais de 30 anos, a esperança de vida à nascença aumentou 7 anos, sendo que as projeções sugerem que em 2080 as mulheres podem esperar viver até aos 92,1 anos e os homens até aos 87,4 anos (Moreira, 2020).

Estes números evidenciam a importância de garantir o bem-estar e a qualidade de vida à população à medida que envelhece, sobretudo se se considerar que no país, após os 65 anos, é expectável que as pessoas vivam, em média, mais 19,8 anos. No entanto, destes, apenas 7,9 anos representam anos de vida saudável, ou seja, anos em que os indivíduos podem esperar viver com boa saúde (Pordata, 2024).

De facto, viver mais anos não significa viver com qualidade de vida, pelo que é fundamental criar condições para que as pessoas se possam desenvolver e envelhecer com dignidade e bem-estar. As políticas sociais, enquanto políticas públicas, podem representar uma ferramenta muito útil para assegurar o bem-estar e qualidade de vida da população ao garantirem o acesso a direitos fundamentais como saúde, educação, habitação e proteção social (Monteiro et al., 2021). De facto, tal como é referido por Albuquerque e Luz (2016), num contexto marcado por desigualdades socioeconómicas persistentes, as políticas sociais assumem um papel muito importante na promoção da coesão social, na redução da pobreza e da exclusão e no reforçar das condições de cidadania. Para além disso, ao investirem no desenvolvimento humano e na proteção ao longo do ciclo de vida, estas políticas constituem-se

como pilares de um Estado Social moderno, sendo fundamentais para a estabilidade democrática e para o desenvolvimento sustentável do país.

Esta função reveste-se de especial relevância quando analisada à luz da definição de qualidade de vida proposta pela OMS, que a entende como “a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL Group, 1998, p. 24). Trata-se de um conceito amplo, que depende da saúde física e psicológica, do nível de independência, relações sociais, crenças e da relação que o indivíduo mantém com o ambiente que o rodeia (WHOQOL Group, 1994). Mais recentemente, Neri (2005), definiu qualidade de vida como um conceito complexo multideterminado, uma vez que engloba várias dimensões e se reflete no ajustamento das pessoas e grupos de indivíduos em diferentes momentos das suas vidas.

Assim, e atendendo à complexidade inerente ao processo de envelhecimento, importa salientar que este acarreta transformações em múltiplas dimensões, nomeadamente biológicas, psicológicas e sociais (Cerqueira, 2010). Contudo, o envelhecimento não se reflete exclusivamente nestes domínios, abrangendo igualmente um vasto conjunto de outros campos. Neste contexto, a Gerontologia surge como uma ciência dedicada ao estudo do processo de envelhecimento, da velhice e da pessoa mais velha. Trata-se de um domínio do saber de natureza multidisciplinar, alicerçado em conhecimentos de ordem biológica, psicológica e social (Fernández-Ballesteros, 2009). Por sua vez, a Gerontologia Social é definida por Fernández-Ballesteros (2009) como uma especialização da Gerontologia que além de tratar do estudo das bases biológicas, psicológicas e sociais da velhice e do envelhecimento, está especialmente dedicada ao estudo do impacto das condições socioculturais e ambientais no processo de envelhecimento e na velhice, bem como das consequências sociais desse processo e das ações sociais que se podem interpor para melhorar o processo de envelhecimento. De acordo com Neri (2008), trata-se de uma área do conhecimento de carácter multidisciplinar que se situa na interseção entre o envelhecimento individual e coletivo, considerando tanto os efeitos que os fenómenos associados ao envelhecimento exercem sobre as estruturas familiares, a proteção social, as questões económicas e jurídicas, como também as representações sociais da vida, da morte e do próprio processo de envelhecimento, bem como os costumes culturais e a relação com o tempo. Assim, pode considerar-se que a Gerontologia e a Gerontologia Social têm um olhar positivo sobre o envelhecimento e a longevidade e que este se alinha com a proposta da OMS de Envelhecimento Saudável (OMS, 2021). Este último é definido como o processo de desenvolver e manter a capacidade funcional que possibilita o bem-estar na velhice. Esta capacidade resulta da interação entre as capacidades físicas e mentais de cada pessoa (capacidade intrínseca) e as características do ambiente em que vive. Nesta linha, e

considerando que a Década do Envelhecimento Saudável (2021-2030) tem por base a Estratégia Global da Organização Mundial de Saúde (OMS) sobre Envelhecimento e Saúde, o Plano de Ação Internacional das Nações Unidas para o Envelhecimento e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da Agenda das Nações Unidas 2030, esta pretende melhorar a qualidade de vida das pessoas mais velhas e das comunidades onde vivem, promovendo uma sociedade para todos. Com efeito, as iniciativas promovidas no âmbito da Década do Envelhecimento Saudável visam (1) mudar a forma como as pessoas pensam, sentem e agem em relação à idade e ao envelhecimento; (2) criar condições para que as pessoas mais velhas possam continuar a participar e a contribuir junto das suas comunidades e para a sociedade como um todo; (3) garantir uma atenção integrada e serviços de saúde primários que respondam às necessidades do indivíduo; e (4) garantir o acesso a cuidados de longa duração para as pessoas mais velhas que deles necessitem. Para a concretização destes quatro objetivos, a OMS encoraja os governos, organizações regionais, nacionais e internacionais, sociedade civil, setor privado, universidades e comunicação social a apoiar de forma clara e ativamente os objetivos da Década do Envelhecimento Saudável.

Estes quatro objetivos, em particular o primeiro, remetem-nos para a necessidade de sensibilizar a sociedade para a discriminação em função da idade, mudando a forma como se pensa, sente e age em relação à mesma. De facto, a idade é uma das principais características de uma pessoa e, como tal, a probabilidade de essa característica se tornar uma fonte para algum tipo de discriminação é bastante elevada (Moreira, 2020).

A discriminação por idade, ainda que sobretudo dirigida às pessoas mais velhas, já havia sido alvo de reflexão por parte de Butler em 1969. O autor definiu o termo *ageism* (idadismo) como um processo de “estereótipos e discriminação sistemática contra as pessoas pelo facto de serem idosas, da mesma forma que o racismo e o sexismo o fazem com a cor da pele e o género” (p. 243). Mais recentemente, também a OMS (2021) publicou um Relatório Mundial sobre o Idadismo onde assinala que o idadismo corresponde ao preconceito em relação à idade e que surge quando esta é usada para categorizar e dividir as pessoas de modo que cause prejuízos, desvantagens ou injustiças. Além disso, pode considerar-se que as atitudes idadistas dirigidas às pessoas mais velhas se manifestam a partir de três componentes, sendo esses os estereótipos, preconceitos e discriminação (Marques, 2011).

Relativamente ao idadismo na velhice, Carette (2002, p. 26) afirma “é a obsessão pelo limite da idade”, apresentando-se assim como uma barreira na realização de atividades e no aproveitamento de novas oportunidades na vida social. Rosa (2020) refere que ao excluir as pessoas apenas pela sua idade se comprometem valores como a coesão social e a justiça intergeracional. A literatura sugere que é possível encontrar um conjunto de estereótipos, quer

positivos, quer negativos, associados ao envelhecimento, sendo que estes podem interferir na forma como as pessoas mais velhas são tratadas, assim como no modo como as próprias pessoas se veem e vivem as suas vidas (Neves, 2012). Além disso, estas ideias idadistas parecem contribuir para uma visão homogénea sobre as pessoas mais velhas. No entanto, a investigação tem demonstrado de forma clara que a idade não determina qualquer característica pessoal ou traço de personalidade pois cada pessoa é um indivíduo único (OMS, 2015).

Dados fornecidos pela OMS (2022) sugerem que, a nível global, uma em cada duas pessoas apresenta atitudes discriminatórias para com as pessoas mais velhas e, na Europa, uma em cada três pessoas alega ter sido vítima de discriminação com base na idade. O relatório da OMS (2021) sobre este assunto assinala que no caso das pessoas mais velhas, o idadismo se encontra associado a piores indicadores de saúde física e mental, maior isolamento social, solidão, insegurança financeira, morte prematura e redução da qualidade de vida. De facto, atos de discriminação em função da idade podem trazer consequências sérias para a saúde e bem-estar das pessoas. Ghebreyesus (2021, citado em WHO (2021) acrescenta ainda que estes processos de discriminação para com os mais velhos podem ser a origem de uma limitação de oportunidades para estas pessoas, na questão da saúde, do seu bem-estar e da sua dignidade.

Sendo assim, a existência de estereótipos negativos e discriminação perante as pessoas mais velhas pode influenciar de forma negativa o modo como a sociedade vê e experiencia a velhice (Fonseca, 2006). Em contrapartida, atitudes positivas parecem contribuir para a uma melhor adaptação ao longo do processo de envelhecimento (Silva et al., 2012).

Nesta linha, ser alvo de discriminação por causa da idade parece contribuir para piores indicadores de bem-estar e qualidade de vida, na medida em que a literatura tem já documentado a existência de uma relação negativa entre qualidade de vida e idadismo (e.g., Chang et al., 2020, Low et al., 2013 e Sosa et al., 2023), ainda que não seja claro se há diferenças entre grupos etários.

Neste sentido, o presente estudo procura identificar estereótipos associados ao envelhecimento e analisar a relação entre idadismo e qualidade de vida em adultos (jovens adultos, adultos e adultos mais velhos). Pretende-se analisar o modo como os adultos entendem o processo de envelhecimento e a pessoa mais velha, mas também analisar a relação entre as imagens e os estereótipos associados ao envelhecimento e a qualidade de vida dos indivíduos.

Em termos de estrutura, a presente dissertação encontra-se estruturada da seguinte forma: no primeiro capítulo apresenta-se o enquadramento teórico e empírico do estudo, analisando o envelhecimento como processo ao longo da vida, os conceitos de Gerontologia e Gerontologia Social e os conceitos de idadismo e qualidade de vida. Procura-se ainda analisar a investigação sobre este assunto e criar condições para uma leitura simultaneamente individual

e contextual do curso de vida através do contributo da Perspetiva de Curso de Vida (Elder, 1994). Segue-se o capítulo referente à metodologia utilizada, onde se apresentam as principais opções metodológicas em termos do plano de investigação, amostra, procedimentos de recolha e análise de dados. No terceiro capítulo são apresentados os principais resultados do estudo e, por fim, no quarto capítulo estes são discutidos à luz da teoria e investigação neste domínio. O trabalho termina com a apresentação das limitações do estudo, bem como de um conjunto de sugestões para a investigação futura e implicações para a prática gerontológica.

Revisão da Literatura

No decorrer deste primeiro capítulo será apresentado o enquadramento teórico e empírico da presente dissertação de mestrado em Gerontologia Social. Desta forma, serão abordados tópicos relacionados com o processo de envelhecimento e a gerontologia, o idadismo e a qualidade de vida. Além disso, apresenta-se a perspetiva *Life-course* (Elder, 1994) como lente para uma leitura macro sobre o desenvolvimento e envelhecimento humano.

Envelhecimento e Gerontologia

A partir de 1950 registou-se um aumento substancial na expectativa de vida da população em todas as regiões do mundo, impulsionado sobretudo pelo declínio da fertilidade, pelo aumento da longevidade e pela migração internacional (ONU, 2019). Também Moreira (2020) assinala que o aumento da longevidade da população teve origem na modernização social e económica, assim como na melhoria das condições de vida e no acesso a cuidados de saúde que, combinados com fatores sociais e culturais, interferiram nos níveis de fecundidade e natalidade e melhoraram as probabilidades de sobrevivência. No caso português, Rosa (2020) refere que o envelhecimento populacional foi particularmente potenciado pela diminuição da quantidade de filhos por mulher, pela diminuição da população jovem, pelo aumento da esperança de vida à nascença e também pela maior esperança média de vida.

Estes aspetos têm contribuído para o facto de a Europa apresentar a maior percentagem de população com 60 ou mais anos face à população total, sendo que a ONU (2019) prevê que o número de pessoas nesta faixa etária duplique até 2050 e mais do que triplique até 2100, superando os 962 milhões em 2017, os 2,1 mil milhões em 2050 e 3,1 mil milhões em 2100.

De acordo com Rosa (2020), Portugal apresentava em 1970 uma população com 65 ou mais anos na ordem das 800 mil pessoas (22%), sendo que atualmente a população envelhecida em Portugal aumentou de forma significativa, representando mais de 2,5 milhões de pessoas. Este crescimento refletiu-se num aumento desta faixa etária em mais de 2% ao ano, desde 2019 (PORDATA, 2024). Aliado a este envelhecimento populacional, Paúl (2012) refere que, do ponto de vista da investigação, a atenção dada às questões relacionadas com o envelhecimento registou um aumento exponencial após a 2.ª Guerra Mundial com a criação da *Gerontological Society of America* (GSA). De facto, desde então, o processo de envelhecimento tem sido visto como um fenómeno complexo, contínuo, natural e irreversível que se inicia quando nascemos e termina com a morte, tratando-se assim de um processo que ocorre ao longo da vida (*lifelong process*). Na mesma linha de pensamento, Sequeira (2010) acrescenta que se trata de um processo pessoal e de variabilidade individual, ou seja, varia de indivíduo para indivíduo. Isto

porque, apesar de se tratar de um processo experienciado por todos, é condicionado por um conjunto de mudanças biológicas, psicológicas e sociais que se vão processando ao longo do ciclo de vida, sendo, por isso, um processo com fortes diferenças interindividuais que resultam numa elevada variabilidade individual (Paúl, 2005).

Para além disso, de acordo com Rosa (2012), existem duas dimensões quando se considera o processo de envelhecimento: o envelhecimento individual e o envelhecimento coletivo. O primeiro diz respeito a um processo progressivo de mudança biopsicossocial que a pessoa enfrenta durante todo o ciclo de vida, condicionado por fatores biológicos, sociais, económicos, culturais, ambientais e históricos. Este pode ser organizado em: (a) envelhecimento cronológico, que se encontra diretamente relacionado com a idade cronológica da pessoa e (b) envelhecimento biopsicológico, que depende de pessoa para pessoa, tendo em conta os seus hábitos, estilo de vida, género, condicionantes genéticas e a própria sociedade em que vive. Por sua vez, o envelhecimento coletivo ou populacional é definido num nível coletivo e tem por base a proporção de pessoas mais velhas na população total. Apresenta igualmente duas noções: o envelhecimento demográfico (ou da população) e o envelhecimento societal. O primeiro refere-se aos pesos de cada faixa etária na população total, tendo em consideração mais do que os atributos pessoais de cada um (idade jovem, 0-14 anos; idade ativa, 15-64 anos e idosa, 65 ou mais anos). Este decorre devido ao aumento do número de pessoas mais velhas e/ou diminuição do número de jovens face à população total. Por seu turno, o envelhecimento societal pode estar relacionado com o envelhecimento demográfico, no sentido em que pode resultar deste, no entanto nem sempre isso acontece. Isto é, acontece caso a sociedade estagne determinados pressupostos organizativos e não seja capaz de conviver de forma harmoniosa e adequada.

Neste contexto, a complexidade do processo de envelhecimento tem justificado o surgimento e consolidação da Gerontologia. De acordo com Neri (2014), o termo gerontologia foi criado por Elie Metchnikoff, um biólogo de origem russa, em 1903. A palavra tem origem no grego, em que *gero* significa velho e *logia* significa estudo. Além de criador do termo, Metchnikoff foi também quem designou pela primeira vez a gerontologia como um novo domínio de estudo (Phillips et al., 2010).

Atualmente é possível reunir várias definições de Gerontologia. Neri (2014) define a gerontologia como um campo multi e interdisciplinar que pretende descrever e explicar as mudanças que ocorrem tipicamente durante o processo de envelhecimento, assim como os determinantes genético-biológicos, psicológicos e socioculturais. Por sua vez, Paúl (2012) define a gerontologia como uma área científica dedicada ao estudo do processo de envelhecimento humano e das pessoas mais velhas, onde contributos de outras áreas como a biologia, psicologia e sociologia são tidos em conta. A autora acrescenta ainda que se trata de um novo campo do

saber em que são criadas abordagens e explicações sobre o ser humano e o seu percurso de vida. Também Fernández-Ballesteros (2004) definiu a gerontologia como uma disciplina que abrange o estudo sobre o processo de envelhecimento, a velhice e as condições específicas apresentadas pela população mais velha. Fernández-Ballesteros (2004) cita ainda Kastembaum (1987) que refere que a gerontologia foi desenvolvida para abordar aspetos como (1) o processo de envelhecimento nos aspetos biológicos, psicológicos e sociais, (2) as diferenças de idade do ponto de vista biológico, psicológico e social, (3) as condições específicas apresentadas pelas pessoas mais velhas e (4) a informação requerida através da perspetiva das pessoas sobre a velhice e o envelhecimento.

De uma forma geral, é possível afirmar que os autores partilham da opinião de que a Gerontologia corresponde a uma ciência multidisciplinar, ou seja, apresenta uma abordagem biopsicossocial (Fernández-Ballesteros, 2009). Millán-Calenti (2006) reforça ainda que a Gerontologia é uma ciência que apresenta um conjunto de objetivos, tanto gerais, associados à sua própria natureza, como específicos, que dizem respeito a cada uma das especialidades e disciplinas integradas. Dessa forma, é possível apresentar os seguintes objetivos gerais: (a) adquirir conhecimento sobre o processo de envelhecimento e os diferentes fatores que têm influência sobre o mesmo; e (b) melhorar a qualidade de vida das pessoas mais velhas. No que se refere aos objetivos específicos: (i) organizar um sistema de atendimento integrativo para a pessoa mais velha, quer seja a nível da saúde como social; (ii) proporcionar os recursos necessários para que a pessoa mais velha permaneça a residir no domicílio, durante a maior quantidade de tempo possível; (iii) contribuir para a melhoria do grau de formação dos diferentes profissionais que auxiliam e cuidam de pessoas mais velhas; e (iv) incentivar a investigação no âmbito da Gerontologia, de forma a contribuir para o avanço conhecimento nesta área.

No que se refere aos Gerontólogos, a *Academy for Gerontology in Higher Education* (AGHE, 2014) assinala que estes profissionais pretendem melhorar a qualidade de vida e promover o bem-estar das pessoas à medida que estas envelhecem, nas suas casas, nas suas famílias e sociedades através da investigação e do conhecimento interdisciplinar sobre o processo de envelhecimento e as populações envelhecidas.

Por sua vez, o termo Gerontologia Social foi utilizado pela primeira vez por Clark Tibbits em 1954 para descrever a área da Gerontologia que se preocupa com o estudo do impacto que as condições sociais e socioculturais podem ter sobre o processo de envelhecimento, bem como sobre as consequências sociais desse processo (Neri, 2014). A Gerontologia Social foca-se em temas como os seguintes: (1) atitudes em relação à velhice, (2) práticas e políticas sociais, (3) forma como as instituições sociais e organizações governamentais e não-governamentais gerem

a velhice, (4) índices de bem-estar das populações mais velhas, (5) redes de suporte social e (6) relações intergeracionais.

De acordo com Fernández-Ballesteros (2004), assim como a Gerontologia, a Gerontologia Social também se dedica ao estudo do envelhecimento numa perspetiva bio-psico-social, diferenciando-se pela atenção mais pormenorizada que este ramo da ciência dá às bases sociais. Dedicar-se, portanto, ao estudo do impacto das condições socioculturais e ambientais na forma como a pessoa envelhece e às ações sociais que se podem vir a desenvolver com o objetivo de melhorar o modo como se envelhece (Fernández-Ballesteros, 2004).

Idadismo

O termo idadismo (*ageism*) surgiu pela primeira vez em 1969 quando Robert Butler utilizou a palavra numa entrevista ao jornal *Washington Post*. A notícia expunha a apreensão de alguns proprietários de imóveis em Chevy Chase, Maryland (EUA) relativamente à decisão do *National Capital Housing Authority* de converter um complexo de apartamentos em habitação pública, mais especificamente destinados a pessoas mais velhas e com baixos rendimentos. Butler considerou que esta reação era sinal não apenas de racismo, mas também de “ageism” (Raimundo, 2023), definindo posteriormente idadismo como um processo de estereótipos sistemáticos ou discriminação contra pessoas por causa da sua idade cronológica (Butler, 1969). Ainda que seja mais frequente relativamente às pessoas mais velhas, este tipo de preconceito pode ser dirigido a qualquer grupo de pessoas.

Já Palmore (1999) definiu idadismo como uma forma de discriminação ou preconceito relativamente a um grupo etário que pode apresentar uma natureza positiva ou negativa e assumir ainda duas formas: pessoal, pelos próprios indivíduos, ou institucional, quando o ato de discriminar ocorre devido a uma política da instituição ou organização.

No caso particular das pessoas mais velhas, Marques (2011) assinala que as atitudes idadistas se manifestam particularmente a partir de três componentes: (1) estereótipos - crenças relativamente ao grupo das pessoas mais velhas, ou seja, refere-se na tendência para entender as pessoas de uma determinada idade como um grupo homogêneo, que se caracteriza por determinados traços negativos, como por exemplo a incapacidade e a doença; (2) preconceito - as atitudes idadistas encontram-se relacionadas com os sentimentos face ao grupo etário, pois o idadismo pode manifestar-se a partir de sentimentos de desdém em relação ao envelhecimento e às pessoas mais velhas; e (3) discriminação - uma componente comportamental relacionada com os atos de discriminação em relação aos adultos mais velhos,

como é o caso dos abusos e dos maus-tratos. Na mesma linha, uma outra tipologia de classificação é apresentada por Lima (2010). O autor propõe que o idadismo tem uma componente afetiva (sentimentos relativos à pessoa idosa), uma componente cognitiva (pensamentos, crenças e estereótipos em relação aos adultos mais velhos) e uma componente comportamental (atitudes para com a pessoa mais velha).

Aliás, Martins e Rodrigues (2004) assinalam que os estereótipos são simplificações da realidade que conduzem a uma generalização das características das pessoas que se encontram no mesmo grupo e à desvalorização das características e diferenças individuais. Os mesmos autores referem que os mitos e estereótipos estão frequentemente associados à falta de conhecimento sobre o processo de envelhecimento, podendo influenciar fortemente a forma como se interage com as pessoas mais velhas (Martins & Rodrigues, 2004).

De facto, e segundo a OMS (2021), a idade é uma das principais características tidas em conta quando se interage com outras pessoas, juntamente com o sexo e a raça. Portanto, o idadismo surge quando a idade cronológica de uma pessoa é usada para categorizar e, de certa forma, dividir as pessoas, acabando por causar desvantagens, injustiças e falta de solidariedade entre gerações, inevitavelmente resultando em desgaste no relacionamento entre as diferentes gerações. O idadismo ou a existência de atitudes idadistas pode ocorrer em diferentes fases da vida, locais ou situações, sendo que Rosa (2020) refere que, ao excluir as pessoas apenas pela sua idade e não pela sua capacidade, se estão a comprometer valores como a coesão social e a justiça intergeracional. Assim, ainda de acordo com a OMS (2021), o idadismo tende a começar na infância e a ser reforçado com o passar do tempo na medida em que desde pequenos captamos as mensagens subentendidas por detrás das palavras das pessoas que nos rodeiam sobre os estereótipos e preconceitos, acabando por internalizá-las rapidamente.

A literatura sugere que os atos ou pensamentos idadistas dirigidos a pessoas mais velhas têm uma origem multifacetada, nomeadamente: (a) o processo de categorização com base na idade; (b) a inatividade das pessoas mais velhas; e (c) a predominância da cultura da juventude. Em relação ao processo de caracterização de acordo com a idade, este ocorre quando a sociedade associa a determinado grupo um conjunto de representações e de certa forma somos influenciados a colocar essas pessoas na mesma categoria. Ainda que as classificações por idade sejam importantes para perceber e organizar os papéis e deveres de cada pessoa, é fundamental garantir uma visão heterogénea do grupo pois a sua homogeneização pode contribuir para o aumento de estereótipos sobre esse mesmo grupo. No que toca à inatividade das pessoas mais velhas, verifica-se que a atribuição das pensões e o término da contribuição ativa do ponto de vista laboral são vistas de uma forma negativa. Por fim, relativamente à predominância da cultura da juventude, este decorre do facto de vivermos numa sociedade que parece privilegiar

o “novo” e a “mudança”, características que se associam tendencialmente às pessoas mais jovens (Marques, 2011).

Ainda de acordo com Carette (2002), quando se fala de idadismo dirigido às pessoas mais velhas fala-se da “obsessão pelo limite da idade” (p. 26), ou seja, na sua perspetiva, o idadismo “configura uma metonímia da incapacitação, como se o desgaste ou redução da funcionalidade ou mesmo da memória fizessem com que alguém se torne incapaz para a vida como um todo ou como se a pessoa toda se tornasse incapaz” (p. 4).

No que se refere às distintas dimensões do idadismo, este pode manifestar-se a níveis diferentes, seja a nível institucional, interpessoal e contra o próprio. O que define o idadismo institucional são as leis, regras, normas sociais, políticas e práticas institucionais que podem limitar as oportunidades das pessoas em função da sua idade. O idadismo interpessoal ocorre a partir de interações entre dois ou mais indivíduos e o idadismo contra si próprio acontece quando determinadas atitudes são internalizadas pela pessoa e utilizadas contra si mesma (Organização Pan-Americana da Saúde, 2022). Além disso, de acordo com a mesma fonte, o idadismo pode ser implícito ou explícito. O idadismo explícito ocorre quando sentimentos, pensamentos e ações preconceituosas face à idade são dirigidas a si mesmo ou aos outros e são realizadas de forma consciente e intencional. Já o idadismo implícito diz respeito à expressão desses mesmos sentimentos contra si mesmo e os outros, mas desta vez de forma inconsciente. Quando ocorre discriminação por idade, os estereótipos influenciam a forma como as pessoas julgam os outros (com base na sua idade) e tal inclui suposições sobre características individuais e capacidades físicas e mentais, competências sociais e até crenças políticas e religiosas. Tais julgamentos podem resultar em generalizações exageradas, que tratam todos os indivíduos de uma certa idade de forma homogénea. Um exemplo comum é pensar que todas as pessoas mais velhas são frágeis, incapazes ou gentis (Organização Pan-Americana da Saúde, 2022).

De acordo com Chrisler et al., (2016) as pessoas mais velhas são muitas vezes retratadas nos discursos políticos como um problema para a sociedade devido à ideia de que são um “peso” para o resto da comunidade, principalmente da que se encontra em idade ativa. Dessa forma, a investigação demonstra o predomínio, durante várias décadas, de uma imagem negativa sobre o envelhecimento e as pessoas mais velhas (Marín et al., 2001), sendo que estas crenças erradas surgem habitualmente da falta de conhecimento sobre o processo de envelhecimento e influenciam a forma como se interage com as pessoas mais velhas (Martins & Rodrigues, 2004). Sobre este tema, Casanova et al. (2020) sugerem que antigamente as pessoas mais velhas eram vistas pelo resto da população como fontes de sabedoria e respeito, sendo que nas comunidades mais pequenas assumiam um estatuto de respeito e reconhecimento o que muitas vezes fazia com que os mesmos fossem procurados para aconselhamento. Todavia, com o passar do tempo

e o surgimento de diferentes fontes de informação, retirou-se aos mais velhos esse papel de informador e de conhecedor maior. No período da revolução industrial, a percepção dos mais velhos também sofreu alterações, pois já não sendo úteis para a força de trabalho por não conseguirem responder às exigências de produtividade que lhes eram impostas, eram menos procurados. Casanova et al., (2020) referem ainda que durante o século XXI a imagem de riqueza e sucesso era frequentemente representada por pessoas jovens e bonitas, pelo que a ideia de envelhecer começou a ser associada a aspetos negativos, em que as sociedades admiravam os mais novos e bonitos e rejeitavam/desprezavam todas as mudanças no aspeto físico decorrentes do processo de envelhecimento.

Atualmente, dados da OMS (2022) sugerem que, a nível global, uma em cada duas pessoas tem atitudes discriminatórias para com os mais velhos e, na Europa, uma em cada três pessoas diz ter sido vítima de discriminação com base na idade. O relatório da OMS (2021) sobre este assunto assinala que no caso das pessoas mais velhas, o idadismo encontra-se associado a piores indicadores de saúde física e mental, maior isolamento social, solidão, insegurança financeira, morte prematura e redução da qualidade de vida. De facto, atos de discriminação em função da idade podem trazer consequências sérias para a saúde e bem-estar das pessoas. Ghebreyesus (2021) acrescenta ainda que estes processos de discriminação para com os mais velhos podem ser a origem de uma limitação de oportunidades para estas pessoas, na questão da saúde, do seu bem-estar e da sua dignidade.

Resultados do Inquérito Social Europeu (2008-2009) que apresenta uma amostra de 55000 indivíduos, sugerem que a discriminação por idade é uma das principais formas de preconceito experienciadas pelos portugueses, ultrapassando a discriminação face ao sexo e etnia. Marques (2011) acrescenta ainda que no nosso país o idadismo parece manifestar-se sobretudo nas pessoas mais velhas, pois 20,8% das pessoas com idades entre os 65-79 anos e 31,6% das pessoas com 80 ou mais anos relataram terem-se sentido vítimas de ações idadistas.

Com efeito, a existência de estereótipos, que são maioritariamente negativos quando dirigidos à população mais velha, pode conduzir a limitações no reconhecimento das suas capacidades e da sua individualidade, gerando situações de gerontofobia ou de infantilização. A gerontofobia, segundo Goldfarb (2010), consiste no conjunto de preconceitos, estereótipos e discriminação perante pessoas com idades mais avançadas, tendo por base o medo e ódio sem fundamentos e baseando-se apenas na idade cronológica e nas alterações e características associadas ao processo de envelhecimento. Por sua vez, a infantilização de pessoas mais velhas acontece a partir da ideia de que a velhice corresponde a uma segunda infância levando as pessoas a fornecer ajuda de forma excessiva, falar e/ou dirigir-se às pessoas mais velhas usando diminutivos e desrespeitando as suas opiniões e decisões (Castro et al., 2020).

De acordo com Palmore (1999) existem nove estereótipos que representam o preconceito negativo para com os adultos mais velhos: a doença, o declínio mental, o sentimento de inutilidade, o isolamento, a impotência sexual, a fealdade, a pobreza e a depressão. No entanto, de acordo com o autor, o idadismo pode também apresentar estereótipos positivos, como é o caso da sabedoria, a amabilidade, a felicidade, a eterna juventude, a liberdade, o ser confiável, a força política e a opulência. Além desses estereótipos, o autor refere ainda cinco áreas onde é possível observar discriminação positiva: na economia, habitação, política, família e cuidados de saúde (Palmore, 1999).

De facto, na literatura tem sido possível identificar características positivas associadas às pessoas mais velhas, como é o caso da afeição, sabedoria, maturidade, sociabilidade, etc, mas são também identificáveis características menos positivas, como doença, velhice, etc (Marques, 2011). Estas duas visões podem estar relacionadas com o contexto social em que a pessoa se encontra, sendo que diferentes culturas e experiências de vida são fatores que podem desencadear perspetivas diferentes sobre o mesmo assunto. Sobre este assunto, Vieira e Lima (2015) desenvolveram uma investigação com 393 estudantes universitários no sentido de perceber como é que caracterizavam as pessoas mais velhas e como achavam que a sociedade os via. Foi possível verificar que as crenças pessoais dos estudantes eram maioritariamente positivas, representadas em palavras como “amorosos”, “úteis”, “experientes” e “exemplares”. Por sua vez, quando questionados sobre a forma como a sociedade vê as pessoas mais velhas, surgiram palavras como “frágeis”, “doentes”, “inúteis” e “chatos”.

De acordo com um estudo realizado por Medeiros et al., (2023), onde procuravam entender a perceção que os jovens apresentam sobre as pessoas mais velhas, recorrendo a uma amostra composta por jovens com idades entre os 15 e os 19 anos. Foi possível verificar que para o grupo de jovens as características mais salientes dadas a uma pessoa mais velha consistem na sua idade e mudanças físicas, sendo que identificam como principais características da velhice as características físicas e biológicas, seguidas das características psicológicas e características sociais. Além disso, outras características dadas pelos participantes às pessoas mais velhas foram a realização das tarefas domésticas, assim como a reforma, sendo que valorizam a capacidade de produtividade das pessoas mais velhas e acreditam que as suas preocupações estão relacionadas sobretudo com a família. Neste estudo os participantes foram ainda questionados sobre os estereótipos relacionados com a idade. Apesar do desconhecimento dos mesmos sobre o termo, foi possível identificar o reconhecimento de comportamentos diferentes perante pessoas mais velhas, tanto positivos (ex. respeito) como negativos, assim como formas de comunicar diferentes. Foi possível ainda sinalizar que no caso

dos jovens, a velhice é vista como uma fase de vida triste e marcada pela solidão devido a ausência de uma rede social e por opção familiar.

Na mesma linha, Filadelfo e Cândido (2018) analisaram a percepção de jovens adultos sobre o processo de envelhecimento, tendo recorrido a uma amostra de seis estudantes universitários entre os 20 e os 30 anos de idade. Verificaram que os participantes identificavam como principais características das pessoas mais velhas os aspetos biológicos e cronológicos, sendo que dois participantes identificaram apenas aspetos negativos associados ao envelhecimento. Os restantes participantes identificaram aspetos como amadurecimento, aquisição de conhecimentos e experiências, mais tempo livre para descansar e se divertir e o aumento de credibilidade perante a sociedade. Como pontos negativos foram mencionados a preocupação com a saúde e surgimento de doenças, limitações físicas e solidão.

Num outro estudo dedicado à percepção de jovens adultos sobre o envelhecimento, Medeiros et al., (2021) verificou que 72,9% dos participantes não caracterizavam o envelhecimento como uma etapa negativa da vida e que 62,5% não manifestavam medo de envelhecer.

Relativamente à percepção das próprias pessoas mais velhas sobre o envelhecimento, Jardim et al., (2019), num estudo com 10 indivíduos com idades entre os 60 e os 85 anos, verificaram que os participantes associavam a velhice e o processo de envelhecimento ao surgimento de doenças, perda e incapacidade. As percepções mais positivas sobre a velhice consistiam na crença de que apesar da presença de doença é possível ser feliz a partir do convívio familiar com filhos e netos ou da sensação de autonomia na realização de tarefas.

Numa outra investigação, Cunha (2023) avaliou 53 estudantes de Universidades Sénior sobre as principais fontes de discriminação em função da idade. Mais de metade dos participantes (59,6%) assinalou o desrespeito. Por sua vez, quando questionados sobre as principais características associadas aos adultos mais velhos, 49,1% assinalaram a experiência e 32,1% a sabedoria. Relativamente à possibilidade de se combater a discriminação pela idade 88,7% dos participantes consideraram ser possível.

Numa perspetiva um pouco diferente, Massa (2019) realizou uma investigação com o objetivo de analisar de que forma a relação entre jovens adultos e os seus avós influencia o idadismo face às pessoas mais velhas, assim como a ansiedade face ao próprio envelhecimento, com uma amostra composta por 158 indivíduos. Os resultados obtidos sugerem que os jovens adultos que convivem com pessoas mais velhas tendem a apresentar mais estereótipos positivos, como é o caso da sabedoria e maturidade do que negativos, como dependência e doença. Quando questionados sobre emoções sentidas face às pessoas mais velhas, a admiração foi a emoção mais mencionada pelos participantes, seguindo-se de pena, inveja e desprezo.

Assim, a OMS (2022), assumindo que as atitudes idadistas dirigidas às pessoas mais velhas podem assumir-se como estereótipos (como pensamos), preconceitos (como nos sentimos) ou (3) atitudes de discriminação (como agimos) definiu os seguintes áreas de ação para a Década do Envelhecimento Saudável (2021-2030): (1) mudar a forma como pensamos, sentimos e agimos em relação à idade e ao envelhecimento; (2) garantir que as comunidades promovam as capacidades das pessoas mais velha; (3) garantir serviços integrados de atenção primária de saúde centrados na pessoa e adequados às pessoas mais velhas e (4) proporcionar o acesso aos cuidados de longo prazo para as pessoas mais velhas que deles necessitam.

Assim, a Década do Envelhecimento Saudável (2021-2030) visa promover uma colaboração multissetorial com vista à melhoria da qualidade de vida das pessoas mais velhas, transformando para isso o envelhecimento populacional numa oportunidade e promovendo uma sociedade para todas as idades, onde as pessoas possam desfrutar de vidas mais longas, saudáveis e significativas.

Qualidade de Vida

O conceito de qualidade de vida surgiu entre 469-399 a.C. por Sócrates, que acreditava que a felicidade era fruto de se experienciar uma boa vida, selecionando entre o que é “bom ou mau”. Após o surgimento do conceito, outros filósofos continuaram a investigar a equação para atingir uma vida com qualidade, pelo que concluíram que consistia na identificação e aquisição de desejos/sonhos pessoais, no desempenho das obrigações e no aprender a pensar com clareza sobre si mesmo e no relacionamento com a comunidade (Rodrigues, 2016). De acordo com Nucci (2003), Aristóteles identificou certos fatores que influenciavam o bem-estar das pessoas (“boa vida”/*sumum bonum*): o sentir-se adaptado psicologicamente e integrado socialmente, conseguindo dessa forma dar uso às suas potencialidades intelectuais e emocionais de forma adequada. Foi durante o século XVII, que Comênio conseguiu demonstrar a relação existente entre a saúde, higiene e educação de um indivíduo e a quantidade de anos que este viveria. O mesmo ressaltou ainda a quantidade abusiva de atos que as pessoas cometiam contra o próprio corpo e que o levavam a questionar a importância que as pessoas davam ao seu corpo e como viam a própria vida (Andujar, 2006).

Mesmo com a existência de evidências de que o conceito de qualidade de vida realmente tenha surgido pela primeira vez nas palavras de Sócrates, Wood-Dauphinee (1999) defende que o termo qualidade de vida foi mencionado pela primeira vez por Pigou, em 1920, mas relativamente à área económica. Antunes (2019) defende que até o término da II Guerra

Mundial o termo foi completamente esquecido, ressurgindo com a adaptação do conceito por parte da OMS. Nessa altura, o conceito de qualidade de vida apareceu para discordar das políticas económicas, chamando a atenção para os efeitos negativos do desenvolvimento económico com consequências na qualidade de vida das gerações futuras. Foi na década de 60, nos Estados Unidos da América, que o conceito de qualidade de vida foi utilizado na reformulação de certas políticas sociais e abrangeu mais indicadores relacionados com boas condições de saúde (Paschoal, 2011). Em 1964, de acordo com Fleck et al., (1999), Lyndon Johnson, Presidente dos Estados Unidos da América, afirmou num discurso que os objetivos pessoais tinham de ser avaliados pela qualidade de vida que ofereciam aos indivíduos e não os balanços dos bancos.

Alguns autores indicam que o termo “qualidade de vida” começou a ser amplamente utilizado no final da década de 60 como um indicador social, surgindo da necessidade de se ter um critério de comparação entre países que fosse além dos tradicionais indicadores económicos. Nesse contexto, a qualidade de vida passou a ser considerada uma alternativa mais adequada. No entanto, essa abordagem também revelou algumas limitações, já que, embora fornecesse dados relevantes sobre regiões culturais ou administrativas (como cidades ou países), não conseguia captar de forma satisfatória a qualidade de vida percebida pelos indivíduos. Com isso, cresceu o interesse pela dimensão subjetiva da qualidade de vida, levando à identificação de indicadores subjetivos para esse constructo.

De acordo com Rodrigues (2016), a partir de 1960, houve um aumento considerável da investigação sobre qualidade de vida. Como resultado, a Organização das Nações Unidas demonstrou maior interesse em medir esses níveis em diferentes comunidades no mundo, pelo que passaram a ser utilizadas expressões relacionadas, como é o caso de bem-estar e condições de vida. Termos como satisfação, insatisfação, felicidade, stress, autonomia, desesperança, afeto positivo ou negativo, bem-estar subjetivo, entre outros, tornaram-se frequentes, apresentando vários contributos para reforçar a relevância dos indicadores sociais e psicológicos na avaliação da qualidade de vida (Nucci, 2003).

Inicialmente, as áreas de desenvolvimento da qualidade de vida foram as sociais, fisiológicas e políticas, e posteriormente, passou a ser abordada pelas ciências humanas e biológicas (Antunes, 2019). Aliás, Afonso (2021) afirma que durante um vasto período o conceito de qualidade de vida esteve relacionado com o estado de saúde da pessoa devido ao conceito apresentado pela OMS em 1948, que entendia que a Qualidade de vida era um estado completo de bem-estar físico, mental e social. Seidl e Zannon (2004) mencionam que só a partir da década de 80 é que a qualidade de vida ganhou importância do ponto de vista científico, devido à realização de múltiplos estudos empíricos realizados de forma a conseguir uma melhor

compreensão do fenómeno. Segundo Rodrigues (2016), em 1977 a qualidade de vida tornou-se um tópico central em diferentes artigos de investigação, sendo que no período entre 1978-1980 foram publicados mais de 200 artigos/textos em que as palavras “qualidade de vida” se encontravam no título. De acordo com Nucci (2003), foi nesse mesmo ano, que o termo foi introduzido no *Medical Subject Headings of the National Library of Medicine* (MEDLINE) como elemento descritor.

Em 1990, a OMS definiu a qualidade de vida como a interpretação do próprio indivíduo relativamente à sua posição na vida, dentro do seu contexto cultural e princípios, tendo em conta os seus objetivos, esperanças, padrões e preocupações. Trata-se de um conceito amplo, que depende da saúde física e psicológica, do nível de independência, relações sociais, crenças e da relação que o indivíduo mantém com o ambiente que o rodeia (WHOQOL Group, 1994).

Nesta linha, Minayo et al., (2000) assinalam que a Qualidade de vida presume todos os fatores que determinada sociedade declara como o padrão de bem-estar e conforto. Acreditam ainda que apesar desta se encontrar relacionado com o bem-estar e satisfação com as relações sociais e ambientais, depende do ambiente em que o indivíduo vive, o grupo com quem convive, a sociedade que o rodeia e as expectativas pessoais que o próprio apresenta em relação ao seu conforto e bem-estar. Minayo et al., (2000) apresentam, por isso, três fatores que esclarecem a relatividade do conceito de qualidade de vida: (a) fatores histórico: a sociedade, considerando o seu desenvolvimento económico, tecnológico e social, apresenta parâmetros de qualidade de vida distintos das sociedades situadas noutra época histórica; (b) cultural: dependendo das sociedades, os valores e necessidades são criados e hierarquizados de forma distinta; e (c) estratificações ou classes sociais: investigadores que se focaram na análise de sociedades onde as desigualdades e heterogeneidade entre as pessoas eram muito fortes sugeriram que os padrões e as criações de bem-estar se encontram também estratificadas.

Nesse mesmo ano, Paschoal (2000) apresentou uma visão diferente no que concerne ao conceito de qualidade de vida. O autor afirmava que o conceito variava de acordo com a época, país, cultura, classe social e até de acordo com o indivíduo, defendendo que o conceito de qualidade de vida poderia mudar para o próprio indivíduo com o passar do tempo: “o que hoje para mim é uma boa qualidade de vida, pode não ter sido há algum tempo, poderá não ser amanhã ou daqui a algum tempo. Talvez possa variar, mesmo de acordo com o meu estado de espírito ou de humor” (p. 24).

Por sua vez, Gonçalves e Vilarta (2004) apresentam uma ideia muito semelhante à anterior afirmando que a qualidade de vida é a forma como os indivíduos vivem, sentem e compreendem o seu próprio quotidiano, ou seja, saúde, educação, casa, transporte, trabalho e participação na tomada de decisões. Também de acordo com Nahas (2001), a qualidade de vida

poder ser compreendida como o resultado de diversos fatores individuais e socioambientais, que podem ou não ser alteráveis, e que determinam as condições em que o ser humano vive.

Desta forma, entende-se que existem diferentes definições e que podem e devem ser aceites e aplicadas, desde que acompanhadas de uma postura crítica. Frequentemente, estas definições complementam-se, o que significa que tanto os aspetos objetivos quanto os subjetivos precisam de ser considerados na abordagem deste tema (Rodrigues, 2016). Neste sentido, o conceito de qualidade de vida tem sido utilizado como uma ferramenta de medição do grau de satisfação nas dimensões familiar, conjugal, social e ambiental. Isso implica a capacidade de integrar, culturalmente, os diversos elementos que uma sociedade reconhece como parte do seu padrão de conforto e bem-estar. Assim, pode-se entender a qualidade de vida como um conceito abrangente e multifacetado, que reflete os conhecimentos, vivências e valores, tanto individuais como coletivos, ao longo do tempo. Por isso, pode afirmar-se que se trata de uma construção social fortemente influenciada pelo contexto cultural (Rodrigues, 2016).

Segundo Neri (2005), a qualidade de vida é um conceito complexo multideterminado, uma vez que engloba várias dimensões e se reflete no ajustamento das pessoas e grupos de indivíduos em diferentes momentos das suas vidas. Fleck et al., (2008) defendem que a qualidade de vida é um conceito subjetivo, complexo e multidimensional determinado tanto pela própria pessoa, como por aspetos ambientais e biológicos. Os autores reforçaram ainda que se trata de um plano dinâmico que se vai transformando com o passar do tempo, abrangendo expectativas, interesses e perceções que o indivíduo apresenta em cada fase da vida. Moraes (2012) acreditava que a qualidade de vida é influenciada por fatores sociocontextuais, como é o caso do rendimento familiar, do apoio familiar e psicológico, do acesso a conhecimento e educação e da inclusão social.

Por sua vez, Antunes (2019) refere que o termo qualidade de vida pode abranger um número variado de significados, dependendo da pessoa, do lugar e da ocasião, fazendo com que cada um tenha a sua própria perceção do conceito. O mesmo autor acrescenta ainda que este conceito depende da capacidade de autodeterminar vontades, desejos, necessidades e da conduta que o próprio indivíduo apresenta, pelo que o que cada pessoa considera importante pode variar bastante. De acordo com Van et al. (2019), a manutenção da qualidade de vida é essencial para garantir uma população saudável e social. Fatores como a conservação da independência e autonomia, boa relação familiar, manutenção dos papéis sociais, autoavaliação positiva de saúde, manutenção de relações positivas com os outros, conforto emocional, espiritualidade, habitação e segurança financeira, são necessários para garantir que as pessoas idosas possam manter a sua qualidade de vida (Wright, 2019).

A investigação sobre a qualidade de vida na velhice tem sugerido que esta diz respeito a um conceito multidimensional influenciado por variáveis sociodemográficas, psicossociais e associadas à saúde (Inouye, 2010). De entre estas, o autor destaca o rendimento familiar, o nível de escolaridade da pessoa mais velha, a rede de apoio familiar, as relações sociais com familiares e amigos, as atividades sociais e de lazer e os afetos positivos, assim como a presença de sintomas depressivos e a autoavaliação do estado de saúde. Também Ramos (2001) sugere um conjunto de fatores determinantes para que uma pessoa mais velha tenha uma boa qualidade de vida, nomeadamente: a saúde, a capacidade funcional na execução das atividades da vida diária, as relações interpessoais, a autonomia na organização, planeamento e execução das atividades que tenciona realizar, confiança em si mesmo e ausência de problemas financeiros.

Marques et al., (2014) sugeriram que para as pessoas mais velhas o que realmente importa para ter qualidade de vida, para além da conservação das relações interpessoais e do receber apoio por parte de familiares, amigos e vizinhos, é encontrar-se em paz, ter saúde, equilíbrio, estar feliz, satisfeito com a vida e manter-se ocupado. Na mesma linha, Van et al. (2019) consideram que a manutenção da qualidade de vida é essencial para garantir uma população saudável e social, pelo que a conservação da independência e autonomia, boas relações familiares, manutenção dos papéis e relações sociais, auto-avaliação positiva da saúde, conforto emocional, espiritualidade, habitação e segurança financeira, são necessários para garantir que as pessoas mais velhas possam manter a sua qualidade de vida (Wright, 2019).

Mais recentemente, um artigo de revisão analisou o modo como a pandemia COVID-19 afetou a qualidade de vida de jovens, tendo em consideração tanto a saúde mental negativa (depressão e ansiedade) como a positiva (satisfação de vida, esperança). Os resultados sugerem que existem mais estudos focados nos impactos negativos do que nos positivos, assim como uma predominância de investigação no contexto ocidental (Shek, 2025). Outros estudos com amostras constituídas por jovens, analisaram a associação entre a ansiedade, depressão e qualidade de vida durante a pandemia e perceberam que níveis mais elevados de ansiedade e/ou depressão estavam relacionados com uma qualidade de vida significativamente menor (Wilzer et al., 2024). Outro estudo realizado com jovens com idades compreendidas entre os 16 e os 25 anos sugere que 51% dos participantes avaliam a sua saúde mental como boa ou muito boa, sendo que uma parte significativa relata stress frequente, pressão no desempenho académico/trabalho e desafios financeiros. Além disso, as pessoas que viviam sozinhas e as que demonstravam dificuldades económicas relatavam pior saúde mental (National Institute for Public Health and the Environment, 2025). Em Portugal, um outro estudo mediu a saúde mental de estudantes universitários durante o confinamento do COVID-19, focando-se nas associações com atividade física, comportamentos sedentários e qualidade do sono. Verificaram que estes

três fatores se encontravam correlacionados com pior saúde mental, o que por sua vez contribuía para diminuir a qualidade de vida (Silva et al., 2025).

Relativamente a estudos com uma amostra composta por adultos na idade ativa, a Eurofound Survey (2025), com uma amostra composta por dois grupos de adultos, 35 a 49 anos e 50 a 64 anos, verificou que, em 2024, houve uma queda na satisfação de vida e no otimismo futuro entre adultos de meia-idade. O mesmo estudo revelou ainda que as principais preocupações nesta faixa etária são os custos de vida, acesso a serviços de saúde, equilíbrio trabalho-vida pessoal (*“work-life balance”*) e oportunidades de teletrabalho ou trabalho remoto.

De acordo com Lopes et al., (2023), num estudo desenvolvido com pessoas com 60 ou mais anos onde se procurava avaliar as trajetórias de qualidade de vida relacionada com saúde e função física, verificou-se que além da idade, fatores como a comorbidade, baixo nível socioeconómico e estilos de vida menos saudáveis se encontravam associados a pior qualidade de vida e pior função física ao longo do tempo. Lopez et al., (2024), recorrendo a uma amostra composta por adultos com idades iguais ou superiores a 60 anos a participar em programas universitários para adultos mais velhos, verificaram que sintomas de ansiedade e depressão, propósito de vida e crescimento pessoal tinham um impacto significativo na qualidade de vida. Num estudo realizado em Portugal por Silva et al., (2024) foram comparadas pessoas mais velhas institucionalizadas e não institucionalizadas, tendo-se observado que a depressão e a solidão se encontram associadas a uma qualidade de vida inferior, especialmente para os que se encontravam a residir numa instituição. Fernández, Sansó e Tomás (2024) verificaram ainda que as mudanças na memória que ocorrem ao longo do tempo se relacionam com a qualidade de vida em adultos e adultos mais velhos, isto é, que declínios de memória se encontram associados a uma diminuição da qualidade de vida, mesmo quando controladas outras variáveis. Por fim, um estudo longitudinal sobre fragilidade multidimensional e qualidade de vida sugere que a fragilidade multidimensional, incluindo mobilidade, doença crónica, capacidades cognitivas, atividades da vida diária, entre outras variáveis, se encontra fortemente relacionada com menor qualidade de vida e maior taxa de mortalidade (Veronese et al., 2022).

A relação entre idadismo e qualidade de vida

Na literatura, é possível ainda identificar um outro fator determinante para a qualidade de vida das pessoas mais velhas: o idadismo. A Organização Pan-Americana da Saúde (2022) assinala que o idadismo tem um impacto sério sobre todos os aspetos de saúde, definida pela OMS como um estado de bem-estar físico, mental e social e não apenas como a ausência de doenças. Dessa forma, o idadismo pode ser entendido como um determinante social da saúde que tem sido negligenciado. De acordo com a mesma fonte, o impacto deste tipo de discriminação sobre a saúde é tão prejudicial quanto o racismo, ou ainda mais.

Uma revisão sistemática sobre o tema, desenvolvida no sentido de identificar o impacto da presença do idadismo na saúde, incluiu 422 estudos de 45 países diferentes, tendo constatado que em 405 (96%) dos estudos o idadismo foi associado a piores resultados em todas as áreas de saúde abordadas (Organização Pan-Americana da Saúde, 2022). De acordo com a mesma fonte, os efeitos do idadismo sobre a saúde observam-se em todo o mundo, têm aumentado com o passar do tempo e o mais provável é que venham a impactar mais os grupos mais desfavorecidos. Além disso, acrescentam ainda que pessoas mais velhas que apresentem níveis mais baixos de escolaridade têm maior probabilidade de experienciar as consequências negativas do idadismo na saúde. No mesmo sentido vão as publicações de Krodch e Amodio (2014) e Johnston e Lordan (2016) que sugerem que muitas das consequências que o idadismo traz para a saúde parecem ter aumentado, o que pode estar associado com períodos de contração económica, visto que crises financeiras tendem a conduzir ao aumento do preconceito e da discriminação.

De acordo com Chang et al., (2020), o idadismo encontra-se também relacionado com a morte precoce. Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (2022), esta afirmação foi observada noutros 10 estudos que examinaram este desfecho na Austrália, China, Alemanha e Estados Unidos. Na China, investigadores concluíram que pessoas mais velhas propensas ao idadismo contra si mesmas apresentaram 20% mais de probabilidade de falecer durante o período de seis anos em que se realizou o estudo, do que os participantes que demonstravam perceções mais positivas de si mesmos (Zhao et al., 2017). De acordo com a mesma fonte, foram realizados 52 estudos com o objetivo de analisar o impacto do idadismo sobre as doenças físicas, sendo que 50 deles (96%) encontraram associações entre estas variáveis.

O idadismo também se encontra relacionado com a deterioração da saúde mental. Com efeito, dos 44 estudos realizados que procuraram examinar a relação entre o idadismo e a saúde mental, 42 (96%) apresentaram evidências de que o idadismo influenciou as condições psiquiátricas (Organização Pan-Americana da Saúde, 2022). Tendo em consideração a mesma

fonte, em 16 estudos, o idadismo foi associado ao surgimento de depressão, registrando-se um aumento nas síndromes depressivas e na depressão. Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (2022), em 2015, 6,33 milhões de casos de depressão estavam associados com o idadismo, e desses, 831.041 casos ocorreram em países desenvolvidos, enquanto os restantes 5,6 milhões em países em desenvolvimento.

Segundo Seidler e Wolff (2017), um estudo realizado na Alemanha relativamente a uma possível conexão entre o idadismo e a deficiência cognitiva, acompanhou cerca de 8 mil pessoas durante vários anos. O estudo demonstrou que autopercepções negativas sobre o envelhecimento tendem a acelerar a perda cognitiva, enquanto autopercepções positivas pareceram conduzir à desaceleração da mesma. Estes resultados vão ao encontro de outros estudos onde se observou que quando as pessoas mais velhas ficam expostas a estereótipos negativos, a sua capacidade cognitiva e memória tendem a diminuir - um fenómeno chamado de “ameaça estereotípica” (Organização Pan-Americana da Saúde, 2022).

Nesta linha, pode afirmar-se que o idadismo parece impactar a qualidade de vida geral das pessoas mais velhas e também afetar aspetos específicos relacionados com o bem-estar social, como por exemplo, contribuindo para o isolamento social e a solidão, além de inibir a sexualidade em pessoas numa faixa etária mais velha (Organização Pan-Americana da Saúde, 2022). Em 2020 todos os 29 estudos incluídos na revisão sistemática que analisaram a associação entre o idadismo e a qualidade de vida revelaram a existência de uma associação negativa. Além disso, verificou-se que o idadismo contribui para o isolamento social e a solidão, sendo que ambos apresentam grande impacto sobre a saúde e a longevidade. Ainda de acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde (2022), o idadismo aumenta o isolamento social e a solidão de três principais formas: (a) o idadismo pode fazer com que pessoas mais velhas se sintam indesejadas, rejeitadas e traídas pela sociedade, o que pode levá-las a se afastar do convívio social; (b) as pessoas mais velhas podem internalizar os estereótipos negativos associados ao processo de envelhecimento e à velhice e, conseqüentemente, começar a agir de acordo com as expectativas, afastando-se da sociedade; e (c) normas, leis e práticas sociais discriminatórias, como ambientes urbanos não adaptados (transportes públicos inacessíveis, calçadas irregulares ou mal conservadas), funcionam como obstáculos à participação ativa das pessoas mais velhas na vida social, contribuindo para o isolamento e a solidão. Uma análise realizada em 2020, demonstrou que em todos os 13 estudos onde se examinou uma associação entre o idadismo e o desenvolvimento de relações sociais, foram observadas relações sociais pobres (Organização Pan-Americana da Saúde, 2022).

De acordo com a mesma fonte, as pessoas mais velhas que enfrentam níveis elevados de solidão e isolamento social em países como a Finlândia e o Reino Unido, onde cerca de 40%

dos idosos que vivem na comunidade, relataram sentir-se solitários. Na China, 24,8% desses idosos apresentaram sentimentos de solidão ocasionalmente, enquanto 8,3% afirmaram sentir-se solitários com frequência ou o tempo todo. Diversos estudos e análises demonstraram que tanto o isolamento social como a solidão apresentam consequências sérias para os idosos, afetando negativamente a sua saúde física (por exemplo, doenças cardíacas, diabetes, dificuldades de mobilidade e nas atividades diárias), além de comprometerem a saúde mental, com o aumento de casos de depressão, ansiedade e declínio cognitivo (Organização Pan-Americana da Saúde, 2022).

Na mesma linha, Sosa et al., (2023) realizaram um estudo com o objetivo de analisar os fatores que influenciam a percepção de discriminação em função da idade e a qualidade de vida das pessoas mais velhas, tendo verificado que quase metade dos participantes apresentava uma qualidade de vida insatisfatória, justificada pela relação mantida com os membros da família, má integração a nível social e insatisfação com a própria saúde. Foi ainda possível observar que 61,7% dos participantes mencionou a presença de discriminação e preconceito nos serviços de saúde e no ambiente familiar.

Num estudo realizado por Low et al., (2013) verificou-se que as atitudes das pessoas mais velhas relativamente ao seu próprio processo de envelhecimento, por exemplo alterações físicas, crescimento psicológico e perdas psicossociais, mediam a relação entre a qualidade de vida e a satisfação com a saúde. Os participantes que revelaram insatisfação com a sua própria saúde evidenciaram maior presença de atitudes negativas relativamente ao próprio envelhecimento.

Com efeito, a existência de ideias, pensamentos e atos idadistas pode gerar também discriminação por parte das outras gerações para com a população mais velha. Atos como a exclusão podem provocar na pessoa mais velha sentimentos de solidão e de isolamento social. Frequentemente, a falta de conhecimento sobre o processo de envelhecimento conduz a crenças idadistas e podem provocar um aumento de atos violentos e abusos contra as pessoas mais velhas (Organização Pan-Americana da Saúde, 2022).

Perspetiva do Curso de Vida

A abordagem do curso de vida constitui um referencial de análise muito pertinente para a compreensão das interações entre os percursos individuais e as condições pessoais e socio-históricas que os moldam. De facto, a perspetiva *Life Course* destaca-se, no campo da gerontologia social, como um dos quadros teórico-metodológicos mais consolidados na medida

em que possibilita uma leitura dinâmica (Rame et al., 2008). Enquanto modelo teórico, esta perspectiva permite apreender as trajetórias sociais em articulação com os contextos pessoais e estruturais, bem como compreender os efeitos cumulativos e interdependentes das experiências ao longo do ciclo de vida (Elder et al., 2003).

Assim, a perspectiva *Life Course* tem em consideração a experiência de vida do indivíduo assim como a forma como este cresce e muda graças a essas mesmas vivências. A perspectiva do curso de vida surgiu na sequência da constatação de um conjunto de mudanças provocadas pela Grande Depressão nos Estados Unidos da América, onde uma onda de desemprego afetava cerca de 1 em cada 4 pessoas devido a mudanças na economia do país. Com efeito, não era somente a classe trabalhadora que se encontrava afetada pela crise, mas também as crianças passaram por um processo que havia de alterar o modo como cresceram e se desenvolveram (Elder, 1994).

Neste sentido, em 2010 Hutchison sistematiza um conjunto de conceitos básicos e determina uma série de princípios. Relativamente aos conceitos básicos, é importante salientar os seguintes: (1) coortes – grupos de indivíduos nascidos num mesmo período de tempo, que partilham experiências de mudanças sociais específicas, vivenciadas numa determinada cultura, na mesma sequência e em idades semelhantes; (2) transições – alterações relacionadas com papéis sociais e estatutos, implicando mudanças na posição do indivíduo ao longo do ciclo de vida; (3) trajetórias – padrões de continuidade e mudança observados ao longo do tempo, integrando múltiplas transições; (4) eventos de vida – acontecimentos marcantes que produzem alterações súbitas, com potencial para gerar efeitos duradouros; e (5) *turning points* – momentos ou experiências que promovem transformações estruturais significativas na trajetória de vida do indivíduo.

No que concerne aos princípios estruturantes da perspectiva do curso de vida, Elder e colaboradores (2003) identificaram cinco fundamentos essenciais: (1) Princípio do desenvolvimento humano e envelhecimento – considera estes fenómenos como processos que se desenrolam ao longo de todo o curso de vida, permitindo estabelecer relações entre experiências precoces e tardias; (2) Princípio do tempo histórico e do lugar – sublinha que os percursos de vida são moldados e reinterpretados em função das condições históricas e dos contextos socioculturais nos quais os indivíduos estão inseridos; (3) Princípio do *timing* – enfatiza que os efeitos dos acontecimentos e transições variam em função do momento em que ocorrem no curso de vida; (4) Princípio das vidas ligadas – reconhece a interdependência das trajetórias individuais, demonstrando como os vínculos interpessoais e as estruturas sociais medeiam os efeitos das experiências socio-históricas; e (5) Princípio da agência humana – evidencia que os indivíduos, ainda que condicionados por constrangimentos sociais e históricos,

exercem capacidade de ação ao planearem e orientarem o seu percurso de vida com base em escolhas e decisões próprias.

Dessa forma, tendo em conta a investigação acerca do idadismo, considera-se pertinente analisar a perspetiva de jovens adultos, adultos e adultos mais velhos sobre este assunto e a sua relação com a perceção de qualidade de vida, com um olhar macro potenciado pela perspetiva do curso de vida. De facto, a investigação tem apontado para a necessidade de mais estudos que permitam identificar os fatores relacionados com a discriminação por idade e as suas consequências (Marques et al., 2020). Com base nesta informação será possível reunir informações e traçar um conjunto de recomendações para medidas de política que contribuam para a melhoria da qualidade de vida da população e para a consolidação do envelhecimento populacional como uma oportunidade.

Neste seguimento, este estudo apresenta como objetivo geral identificar estereótipos associados ao envelhecimento e analisar a relação entre idadismo e qualidade de vida em jovens adultos, adultos e adultos mais velhos. Os objetivos específicos são: (1) caracterizar a qualidade de vida percebida em jovens adultos, adultos e adultos mais velhos; (2) caracterizar as imagens e estereótipos de jovens adultos, adultos e adultos mais velhos sobre pessoas mais velhas e o processo de envelhecimento; (3) analisar a relação entre qualidade de vida e variáveis específicas (género, escolaridade, grupo etário, etc); (4) analisar a relação entre as imagens e estereótipos sobre a velhice e variáveis específicas (género, escolaridade, grupo etário, etc); e (5) analisar a relação entre idadismo e qualidade de vida em jovens adultos, adultos e adultos mais velhos.

Método

Neste capítulo serão abordados os aspetos metodológicos que estiveram na base da presente investigação, particularmente o plano de investigação, as características dos participantes, bem como os instrumentos e procedimentos de recolha e análise de dados. Nesta secção procura-se, portanto, fundamentar as opções metodológicas desta investigação e descrever as etapas e os procedimentos utilizados.

Plano de investigação e participantes

O presente estudo segue uma abordagem quantitativa, não experimental (Sampieri et al., 2013), tratando-se de um estudo correlacional, de natureza transversal. Segundo Mertens (2005), a investigação pode ser definida como um processo sistemático de recolha e análise de informação com o objetivo de compreender, descrever, prever ou controlar fenómenos. Numa investigação, pode-se recorrer a dois tipos de métodos, qualitativos e quantitativos, sendo que as vantagens e desvantagens de cada um podem ser o foco determinante da sua utilização (Carmo & Ferreira, 1998). Neste sentido, Magalhães (2008) apresenta uma distinção clara entre os métodos quantitativos e qualitativos no âmbito da investigação científica, destacando as características, finalidades e abordagens próprias de cada um. Assim, se por um lado, os métodos quantitativos se baseiam na mensuração objetiva e na quantificação de dados através de técnicas estatísticas para analisar relações entre variáveis, procuram testar hipóteses ou teorias e visam a generalização dos resultados, os métodos qualitativos, por seu turno, centram-se na compreensão aprofundada dos fenómenos, privilegiando a interpretação do significado das experiências humanas. São tendencialmente mais exploratórios, flexíveis e contextuais, recorrendo a técnicas como entrevistas, observações e análise documental.

De acordo com Sampieri et al., (2013) estudos correlacionais apresentam como função explicar a relação entre variáveis e permitem dar a conhecer, ainda que de forma limitada, qual o comportamento de uma variável na presença de outra. Segundo Coutinho (2021), a investigação de associações entre variáveis ocorre a partir de procedimentos estatísticos que possibilitam avaliar o grau de relação existente entre as variáveis.

Em função da duração temporal, o trabalho em questão apresenta-se uma investigação transversal pois pretendemos descrever variáveis e analisar a sua ocorrência num momento em específico (Sampieri et al., 2013).

No que diz respeito à amostra, o presente estudo envolveu 159 pessoas (53 jovens adultos, com idades entre os 18 e os 24 anos; 50 adultos com idades compreendidas entre os 25 e os 64 anos; e 56 adultos mais velhos com idade igual ou superior a 65 anos), tendo sido

definidos como critérios de inclusão os seguintes: (1) no grupo dos jovens adultos foram incluídas pessoas com idade entre 18 e os 24 anos, a residir no Norte de Portugal, sem comprometimento cognitivo e a frequentar o Instituto Politécnico de Viana do Castelo; (2) no grupo dos adultos foram incluídos indivíduos com idades compreendidas entre os 25 e os 64 anos, a residir no Norte de Portugal, sem comprometimento cognitivo; (3) e no grupo dos adultos mais velhos foram incluídas pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, a residir na comunidade, sem comprometimento cognitivo e a frequentar uma Universidade Sénior no norte de Portugal. Tratou-se, portanto, de um processo de amostragem não probabilística por conveniência (Coutinho, 2021; Mertens et al., 2010).

Instrumentos de recolha de dados

O processo de recolha de dados envolveu a utilização de um protocolo de investigação constituído pelos seguintes elementos:

Questionário sociodemográfico: composto por perguntas de resposta aberta e fechada, teve como intuito fazer um levantamento dos dados sociodemográficos dos participantes como sexo, idade, área de residência, estado civil, escolaridade, entre outros. Além disso, incluía questões relativamente à perceção dos participantes acerca da discriminação com base na idade, perceção da saúde, o contexto de residência, religião, etc.

Questionário específico sobre o Idadismo: composto por 19 perguntas com vista a recolher mais informação acerca do tema específico. Deste conjunto de perguntas é importante referir que 13 se encontravam agrupadas com uma escala de resposta tipo Likert de 1 a 5, sendo que 1 corresponde a “discordo totalmente” e 5 a “concordo totalmente”, 3 eram de resposta fechada e 5 de resposta aberta.

Questionário de avaliação da Qualidade de Vida: De acordo com Canavarro et al., (2010), o WHOQOL-Bref (WHOQOL Group, 1998) diz respeito a uma versão abreviada do instrumento de avaliação elaborado pela OMS em 1994 para avaliar a Qualidade de vida – o WHOQOL-100. A versão mais reduzida utilizada neste estudo, a WHOQOL-Bref (WHOQOL Group, 1998), é constituída por 26 perguntas, sendo que destas, 24 questões dizem respeito a quatro domínios: (1) domínio físico, constituído por 7 perguntas relacionadas com a dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividades da vida diária (AVD), dependência de medicação ou tratamentos, e capacidade de trabalho; (2) domínio psicológico, composto por 6 perguntas relativas aos sentimentos (positivos e negativos), pensamento, aprendizagem, memória e concentração, autoestima, imagem corporal e aparência e

espiritualidade; (3) domínio das relações sociais, composto por 3 questões acerca do apoio social, relações sociais e atividade sexual; e (4) domínio ambiente, constituído por 8 questões relacionadas com a segurança física, ambiente no lar, recursos económicos, cuidados de saúde e sociais, hipóteses de obter novas competências, participação de lazer e recreio, ambiente físico e transporte). As restantes duas questões constituem a faceta geral da qualidade de vida que visa estimar a qualidade de vida no geral. As respostas às questões apresentam-se numa escala tipo Likert de 1 a 5, sendo que 1 diz respeito a “muito má” e 5 a “muito boa”, havendo itens enunciados na positiva e na negativa. Os itens expressos na negativa e que, por isso, necessitam de inversão, são os itens 3, 4 e 26. Em relação às características psicométricas, no que diz respeito à fiabilidade, este instrumento apresenta uma boa consistência interna com um alfa de Cronbach de 0,92. Ao considerarmos os domínios de forma individual, os valores variam entre 0,64 (Domínio das relações sociais) e 0,85 (Domínio físico). O resultado final da WHOQOL-BREF, foi convertido numa escala de 0 a 100, sendo que uma pontuação mais elevada se relaciona com uma melhor perceção de qualidade de vida (Canavaro et al., 2010).

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

Tabela 1. Esquema conceptual dos domínios da WHOQOL-Bref

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

Escala de imagens da velhice: desenvolvida por Sousa et al., (2008) fazendo referência à forte componente social que as imagens apresentam, a escala ImAges foi projetada tem como objetivo retratar as imagens sociais da velhice e do envelhecimento em grupos etários diferentes: jovens (13-27 anos), adultos (33-47 anos), jovens-idosos (53-67 anos) e muito-idosos (73-87 anos). Integra 32 itens numa escala de tipo Likert de 5 pontos, sendo que 1 corresponde a “discordo totalmente” e 5 a “concordo totalmente”), organizados em 4 fatores:

(1) *Dependência, tristeza e o antiquado*: composto por 7 itens que relacionam a solidão, o surgimento de doenças e deterioração física e a proximidade da morte a um período de vida difícil. Abrange ainda a crença de que uma pessoa velha se considera antiquada, visto que não

acompanhou a evolução social ao não dominar as novas tecnologias, vivendo assim concentrada no passado. Deste modo, valores mais altos desta escala refletem-se na ideia da necessidade de mais descanso, atenção e paciência por parte dos outros.

(2) *Incompetência relacional e cognitiva*: composto por 12 itens relacionados com a diminuição do desempenho cognitivo e com comportamentos sociais inadequados. Relativamente à diminuição do desempenho cognitivo, o olhar para o envelhecimento e para as pessoas mais velhas de forma homogénea, que não admitem os seus erros, que têm um discurso incoerente, que são egoístas, pouco criativos, parados, preguiçosos, inúteis e que os seus conhecimentos já não interessam aos outros traduz-se na ideia de que a pessoa mais velha se considera incapaz em termos cognitivos. A incompetência relacional refere-se à limitação de meios e capacidades na interação e relação com os outros devido à presença de condições externas, como a consciência de pobreza e de doença (Leitão, 2024). Assim, valores mais altos da escala caracterizam a pessoa mais velha como sendo aborrecida, rabugenta, teimosa, triste, amargurada e que não sente emoções como antes, o que afeta a interação que a mesma estabelece com os outros.

(3) *Maturidade, atividade e afetividade*: composto por 6 itens, sendo que valores elevados equivalem a uma visão da velhice como uma fase associada ao ganho de maturidade e aproveitamento dos bons momentos. A adaptação e bem-estar que faz com que a pessoa mais velha seja ativa e carinhosa.

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

É possível verificar que dos quatro fatores acima apresentados, apenas um (o fator 3), apresenta carácter positivo, sendo que os restantes são de carácter negativo. Em relação à consistência interna, a escala ImAges apresenta um alfa de Cronbach de 0,86 (Sousa et al., 2008), sendo que no presente estudo, a consistência interna do alfa de Cronbach foi de 0,83.

À semelhança de outros estudos que utilizaram esta escala (e.g., Cerqueira, 2010; Lopes et al., 2012; Vicente, 2012), na presente investigação optamos por não incluir o domínio da inutilidade.

Tabela 2. Esquema conceptual da Escala ImAges

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

Procedimentos de recolha de dados

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

Assim, no caso dos jovens adultos e dos adultos, foram contactadas as direções das escolas do IPVC, sendo que após o parecer favorável por parte das mesmas foi iniciada a recolha de dados. No caso dos adultos mais velhos, foram seleccionadas universidades séniores no norte de Portugal, tendo-se procedido ao contacto com as direções no sentido de solicitar autorização para divulgação do estudo junto dos participantes que preenchessem os critérios de inclusão definidos.

Após a apresentação dos objetivos do estudo aos potenciais participantes, foi-lhes apresentado o consentimento informado com o intuito de garantir a participação livre e esclarecida, bem como o anonimato e confidencialidade da informação recolhida. Foi também reforçado que a participação era voluntária e que poderiam colocar as questões que achassem pertinentes, podendo desistir a qualquer momento sem qualquer tipo de prejuízo ou penalização.

No grupo dos jovens adultos participaram nesta investigação estudantes da Escola Superior de Educação, Escola Superior de Saúde e Escola Superior de Tecnologia e Gestão do IPVC e no grupo dos adultos participaram pessoas sem comprometimento cognitivo, residentes no norte de Portugal. No que diz respeito ao grupo dos adultos mais velhos, integraram este estudo elementos da Universidade Sénior de Rio Tinto, Lousada, Marco de Canaveses, Esposende, Viana do Castelo, Ermesinde e Vila Nova de Cerveira. O número de participantes por instituição variou de acordo com a disponibilidade dos mesmos em fazer parte do estudo, sendo que a duração média de preenchimento do protocolo foi de 50 minutos. O protocolo de investigação foi, na generalidade, auto-preenchido pelos participantes.

Estratégias de análise de dados

No que concerne ao tratamento e análise de dados recorreu-se ao programa *Statistical Package for Social Science* (SPSS), versão 27. Tendo em consideração a natureza do estudo e os seus objetivos, realizaram-se análises estatísticas descritivas e inferenciais. Para a realização dessas últimas recorreu-se à ANOVA, ao teste t para amostras independentes de forma a analisar as diferenças entre grupos independentes e ao teste de correlação de *Pearson* para verificar a associação entre variáveis. Nestas análises foram considerados significativos os testes com significância igual ou inferior a 0,05 e marginalmente significativos até 0,1. Relativamente às questões abertas, estas foram analisadas e categorizadas.

Resultados

Nesta secção serão apresentados os resultados do estudo, nomeadamente uma descrição das características sociodemográficas, do estado de saúde e das práticas religiosas dos participantes. As diferenças nos domínios da qualidade de vida e da escala de imagens da velhice foram analisadas de acordo com o grupo de idade, bem como analisadas as percepções e experiências dos participantes sobre situações de discriminação por idade. Além disso, são apresentadas algumas estratégias propostas pelos participantes para combater o idadismo. Por fim, analisou-se a relação entre a escala de imagens da velhice e um conjunto de variáveis sociodemográficas e de funcionamento individual, bem como a relação entre os domínios da qualidade de vida e a escala de imagens da velhice, por grupos etários.

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

Neste campo, serão apresentadas as principais características sociodemográficas dos participantes, bem como a percepção do estado de saúde e descrição das suas práticas religiosas.

Tabela 3. Caracterização sociodemográfica dos participantes, por grupo de idade e total dos participantes

	Jovens adultos (17-24 anos) N=53		Adultos (25-64 anos) N=50		Adultos mais velhos (65 ou mais anos) N=56		Total de participantes N=159	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Género								
Feminino	38	71,7	33	66	39	69,6	110	69,2
Masculino	15	28,3	17	34	17	30,4	49	30,8
Idade M(dp)	19,70 (1,20)		39,88 (15,22)		72,07 (4,74)		44,49 (23,72)	
Min-Máx	18-24		25-64		65-83		18-83	
Estado Civil								
Solteiro(a)	53	100	24	48	5	8,9	82	51,6
Casado(a)/União de facto	--	--	18	36	30	53,6	48	30,2
Separado(a)/Divorciado(a)	--	--	5	10	9	16,1	14	8,8
Viúvo(a)	--	--	3	6	12	21,4	15	9,4
Escolaridade								
Saber ler e/ou escrever	--	--	--	--	2	3,7	2	1,3
1º-4º ano (primário)	--	--	1	2	7	13	8	5,1
5º-6º ano (preparatório)	--	--	2	4	5	9,3	7	4,5
7º-9º ano	--	--	--	--	8	14,8	8	5,1
10º-12º ano	49	92,5	16	32	9	16,7	74	47,1
Licenciatura	4	7,5	19	38	22	40,7	45	28,7
Mestrado	--	--	8	16	1	1,9	9	5,7
Doutoramento	--	--	4	8	--	--	4	2,5
Nr de pessoas com quem vive M(dp)	3,06 (1,03)		2,14 (1,38)		1,02 (0,82)		2,09 (1,38)	
Min-Máx	1-7		0-7		0-4		0-7	
Grau de parentesco das pessoas com quem vive								

Pais	49	92,5	13	26	1	1,8	63	39,6
Cônjuge	--	--	5	10	25	44,6	30	18,9
Cônjuge e filhos	--	--	12	24	4	7,1	16	10,1
Filhos	--	--	2	4	2	3,6	4	2,5
Outros familiares	2	3,8	2	4	3	5,4	7	4,4
Amigos ou outros	2	3,8	9	18	--	--	11	6,9
Distrito de residência								
Braga	25	47,2	14	28	7	12,5	46	28,9
Viana do Castelo	16	30,2	22	44	7	12,5	45	28,3
Porto	3	5,7	11	22	35	62,5	49	30,8
Santarém	3	5,7	1	2	--	--	4	2,5
Viseu	1	1,9	--	--	--	--	1	0,6
Vila Real	1	1,9	--	--	--	--	1	0,6
Leiria	2	3,8	--	--	--	--	2	1,3
Situação face ao emprego								
Estudante	53	100	16	32	--	--	69	43,4
Empregado	--	--	29	58	1	1,8	30	18,9
Desempregado	--	--	5	10	--	--	5	3,1
Reformado	--	--	--	--	54	96,4	54	34
Outra	--	--	--	--	1	1,8	1	0,6
Profissão atual/Última atividade profissional								
Professor	--	--	8	16	13	23,2	21	13,2
Área da Saúde	--	--	2	4	4	7,1	6	3,8
Bancário	--	--	1	2	2	3,6	3	1,9
Função Pública	--	--	1	2	4	7,1	5	3,1
Empresário	--	--	--	--	2	3,6	2	1,3
Rececionista	--	--	2	4	--	--	2	1,3
Turismo	--	--	1	2	--	--	1	0,6
Empregado de Limpeza	--	--	1	2	--	--	1	0,6
Operário	--	--	4	8	--	--	4	2,5
Recursos Humanos	--	--	1	2	--	--	1	0,6
Decorador	--	--	--	--	1	1,8	1	0,6
Construção civil	--	--	--	--	1	1,8	1	0,6
Área Comercial	--	--	2	4	7	12,5	9	5,7
Área Têxtil	--	--	--	--	3	5,4	3	1,9
Faz parte de um grupo comunitário	8	15,4	13	26	35	66	56	36,1
Adequação do rendimento mensal face às despesas								
Com grande dificuldade	2	3,9	3	6	1	1,9	6	3,9
Com alguma dificuldade	21	41,2	15	30	11	20,4	47	30,7
Com alguma facilidade	19	37,3	26	52	35	64,8	80	52,3
Com muita facilidade	9	17,6	4	8	7	13	20	13,1

Como é possível observar na tabela 3, a amostra é constituída por 159 participantes, com idades compreendidas entre os 18 e os 83 anos ($M=44,49$; $dp=23,72$) e maioritariamente do sexo feminino (69,2%).

Analizados os três grupos etários, é possível verificar que os jovens adultos ($n=53$) têm uma idade média de 19,70 anos ($dp=1,20$; min: 18; máx: 24 anos) os adultos ($n=50$) de 39,88 anos ($dp=15,22$; min: 25; máx: 64 anos) e os adultos mais velhos de 72,07 anos ($dp=4,74$; min: 65; máx: 83 anos).

Ao observar a tabela 3 é possível perceber que no grupo dos jovens adultos, 71,7% ($n=38$) da amostra são mulheres e os restantes 28,3% ($n=15$) homens. Relativamente ao estado

civil todos são solteiros (n=53) e se encontram a estudar (92,5% possuem o ensino secundário concluído e os restantes 7,5% uma licenciatura). Em relação à residência, este grupo etário coabita em média com 3,06 pessoas (dp=1,03), sendo na sua maioria os pais (92,5%; n=49), no distrito de Braga (47,2%, n=25) ou Viana do Castelo (30,2%, n=16). A maior parte dos jovens adultos não integra nenhum grupo comunitário (84,6%, n=44) e, quando questionados sobre a adequação do rendimento mensal face às despesas, mencionaram ter alguma dificuldade (41,2%, n=21).

O grupo dos adultos é igualmente composto maioritariamente por mulheres (66%; n=33). No que se refere ao estado civil, aproximadamente metade do grupo são pessoas solteiras (48%; n=24), sendo que 36% (n=18) são casados ou vivem em união de factos, 10% (n=5) são divorciados ou separados e 6% (n=3) são viúvos. No que concerne ao nível de escolaridade, a maioria concluiu a licenciatura (38%; n=19) ou o ensino secundário (32%; n=16). Cerca de 16% (n=8) finalizaram o mestrado e 8% (n=4) o doutoramento. Relativamente à residência, os participantes vivem, em média, com 2,14 pessoas (dp=1,38), sendo na sua maioria os pais (26%; n=13), o cônjuge e filhos (24%; n=12) ou amigos ou outros (18%; n=9), registando-se a residência em Viana do Castelo (44%, n=22) e Braga (28%, n=14). No que se refere à situação face ao emprego, 58% (n=29) dos indivíduos encontram-se empregados, 32% (n=16) a estudar e os restantes 10% (n=5) desempregados. Em relação à profissão atual, os participantes desempenham atividade como professores (16%, n=8), operários (8%; n=4), profissionais da área da saúde (4%, n=2), rececionistas (4%, n=2), profissionais da área comercial (4%, n=2) e, por último, como bancário, função pública, turismo, empregada de limpeza e recursos humanos (2%; n=1). Assim como o grupo dos jovens adultos, grande parte dos adultos (74%, n=37) não integra nenhum grupo comunitário. Por fim, no que se refere à adequação do rendimento mensal face às despesas, 52% (n=26) considera ter alguma facilidade.

Relativamente ao grupo de adultos mais velhos, 69,6% dos participantes são mulheres e 30,4% homens. Neste grupo, a maioria encontra-se casada ou em união de facto (53,6%; n=30), seguindo-se os viúvos (21,4%; n=12), os separados ou divorciados (16,1%; n=9) e os solteiros (8,9%; n=5). Dos participantes, 40,7% (n=22) concluíram a licenciatura, 16,7% (n=9) finalizaram o ensino secundário e 14,8% (n=8) concluíram o 7º-9º ano. Partilham a sua residência, em média, com 1,02 (dp=0,82) pessoas, nomeadamente o cônjuge (44,6%; n=25), o cônjuge e filhos (7,1%; n=4) ou outros familiares (5,4%; n=3). Estes adultos mais velhos residem na sua maioria no distrito do Porto (62,5%, n=35), Braga (12,5%, n=7) ou Viana do Castelo (12,5%, n=7). Em relação à atual situação profissional a maioria dos participantes encontra-se reformada (96,4%, n=54). As últimas atividades profissionais apresentadas pelos participantes são o desempenho de atividade como professor (23,2%; n=13), profissional da área comercial (12,5%; n=7), função

pública e profissional da área da saúde (7,1%; n=4), bancário(a) e empresário(a) (3,6%; n=2) e por último, decorador e construção civil (1,8%, n=1). Acerca da participação em grupos comunitários, a maioria dos participantes deste grupo está envolvida em algum tipo de atividade (66%; n=35) e, do ponto de vista da adequação dos rendimentos face às despesas, 64,8% (n=35) considera ter alguma facilidade na gestão financeira.

Tabela 4. Perceção do estado de saúde

	Jovens adultos (18-24 anos) N=53		Adultos (25-64 anos) N=50		Adultos mais velhos (65 ou mais anos) N=56		Total de participantes N=159	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Saúde física								
Excelente	8	15,1	7	14	1	1,9	16	10,2
Muito boa	16	30,2	10	20	2	3,7	28	17,8
Boa	21	39,6	20	40	24	44,4	65	41,4
Razoável	8	15,1	11	22	22	40,7	41	26,1
Fraca			2	4	5	9,3	7	4,5
Saúde mental								
Excelente	6	11,3	2	4	3	5,9	11	7,4
Muito boa	14	26,4	16	32	13	25,5	43	28,9
Boa	23	43,4	17	34	20	39,2	60	40,3
Razoável	9	17	8	16	13	25,5	30	20,1
Fraca	1	1,9	2	4	2	3,9	5	3,4
Acompanhamento médico	38	74,5	40	80	48	88,9	126	81,3

De acordo com a tabela 4, é possível verificar que os participantes consideram a sua saúde física e mental como boas (41,4% e 40,3%, respetivamente). Quando questionados sobre a adequação do acompanhamento médico disponível às suas necessidades, 81,3% (n=126) consideram ser adequado.

Relativamente ao grupo dos jovens adultos, estes consideram a sua saúde física e mental maioritariamente boas (39,6% e 43,4%, respetivamente), assim como o grupo dos adultos (40% e 34%, respetivamente). No caso dos adultos mais velhos, 44,4% consideram a sua saúde física boa e 40,7% razoável. Por sua vez, a saúde mental foi considerada boa por 39,2% dos participantes.

Relativamente ao acompanhamento médico, 74,5% dos jovens adultos considera ser adequado face às suas necessidades, assim como 80% dos adultos e 88,9% dos adultos mais velhos.

Tabela 5. Caracterização dos participantes relativamente à religião

	Jovens adultos (18-24 anos) N=53		Adultos (25-64 anos) N=50		Adultos mais velhos (65 ou mais anos) N=56		Total de participantes N=159	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Religião	38	73,1	37	74	48	85,7	123	79,4
Regularidade de práticas religiosas								
Uma vez por semana ou mais	11	27,5	11	22	23	56,1	45	39,5
Uma vez por mês	5	12,5	4	8	6	14,6	15	13,2
Menos de uma vez por mês	16	40	13	26	7	17,1	36	31,6
Outra regularidade	8	20	5	10	5	12,2	18	15,8

No que se refere à caracterização religiosa dos participantes, 79,4% identificam-se com alguma religião, praticando-a com uma regularidade (Tabela 5). Aproximadamente 40% dos participantes tem alguma prática uma vez por semana ou mais e 31,6% menos de uma vez por mês.

No grupo dos jovens adultos, 73,1% afirma identificar-se com alguma religião, sendo que a maioria pratica alguma atividade religiosa uma vez por mês ou menos regularmente (40%). No grupo dos adultos 74% identificam-se com alguma religião, sendo que 26% pratica alguma atividade religiosa uma vez por mês ou menos regularmente. Por fim, no grupo dos adultos mais velhos 85,7% afirma identificar-se com alguma religião, sendo que a maioria tem alguma prática religiosa uma vez por semana ou mais (56,1%).

2. Análise dos domínios da Qualidade de Vida

Tendo em consideração a tabela 6 relativa à caracterização da qualidade de vida dos participantes, é possível observar que relativamente à faceta geral da qualidade de vida, os participantes apresentam uma pontuação média de 72,15 pontos (dp=16,20), sendo o valor mínimo 25 pontos e o máximo 100 pontos.

Tabela 6. Caracterização da qualidade de vida dos participantes

	Total de participantes N=159	
	M (dp)	Min-Máx
Qualidade de vida/Faceta geral	72,15 (16,20)	25-100
Domínio Físico	74,93 (14,60)	39,29-100
Domínio Psicológico	71,15 (15,78)	29,17-100
Domínio Relações Sociais	75,00 (15,57)	33,33-100
Domínio Ambiente	71,44 (14,66)	31,25-100

Ao analisar os resultados obtidos em cada um dos domínios da qualidade de vida da escala WHOQOL-Bref (Tabela 6), consegue-se verificar que a pontuação média mais elevada foi obtida no domínio das relações sociais (M=75,00; dp=15,57), seguindo-se o domínio físico com pontuação média de 74,93 (dp=14,60) e o domínio ambiente com pontuação média de 71,44 (dp=14,66).

Tabela 7. Diferenças na percepção de qualidade de vida em função do grupo etário (ANOVA)

	Jovens adultos (18-24 anos) N=53	Adultos (25-64 anos) N=50	Adultos mais velhos (65 ou mais anos) N=56	F (gl)	p	Comparações significativas (Tukey)
Qualidade de vida/Faceta geral M(dp)	73,58 (14,00)	76,75 (18,21)	66,59 (14,84)	5,79 (2,155)	,004**	25-64 > 65+ (p < 0,01)
Domínio Físico M(dp)	74,85 (12,54)	78,79 (15,44)	71,21 (14,93)	3,44 (2,145)	,035*	25-64 > 65+ (p < 0,05)
Domínio Psicológico M(dp)	68,32 (15,29)	73,28 (17,09)	72,31 (14,79)	1,40 (2,141)	,249	--
Domínio Relações Sociais M(dp)	77,40 (15,42)	76,81 (15,61)	70,27 (14,97)	3,05 (2,139)	,050	--
Domínio Ambiente M(dp)	71,40 (13,65)	72,66 (16,93)	70,28 (13,49)	,316 (2,147)	,730	--

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

Relativamente à avaliação da qualidade de vida (Tabela 7), verifica-se que no grupo dos jovens adultos, a pontuação média mais elevada corresponde ao domínio das relações sociais (M=77,40; dp=15,42), seguido do domínio físico (M=74,85; dp=12,54), faceta geral (M=73,58; dp=14,00), domínio ambiente (M=71,40; dp=13,65) e, por último, o domínio psicológico (M=68,32; dp=15,29). O grupo dos adultos pontuou mais alto no domínio físico (M=78,79; dp=15,44), seguido do domínio das relações sociais (M=76,81; dp=15,61), faceta geral (M=76,75; dp=18,21), domínio psicológico (M=73,28; dp=17,09) e, com a pontuação média mais baixa, o

domínio ambiente (M=72,66; dp=16,93). Por fim, no grupo dos adultos mais velhos, a pontuação média mais elevada foi obtida no domínio psicológico (M=72,31; dp=14,79), seguido pelo domínio físico (M=71,21; dp=14,93), domínio ambiente (M=70,28; dp=13,49) e domínio das relações sociais (M=70,27; dp=14,97). A pontuação média mais baixa corresponde à faceta geral (M=66,59; dp=14,84).

Analizadas as diferenças entre os três grupos etários quanto à percepção de qualidade de vida através de uma ANOVA, verificam-se diferenças significativas na faceta geral e no domínio físico. Assim, na faceta geral verificou-se um efeito estatisticamente significativo do grupo etário, $F(2,155) = 5,79$, $p = 0,004$, sendo que o teste post hoc de Tukey indicou que os adultos mais velhos (M=66,59; dp=14,84) apresentaram pontuações significativamente mais baixas do que os adultos (M=76,75; dp=18,21), $p < 0,01$. Por sua vez, no domínio físico registou-se também um efeito significativo do grupo etário, $F(2,145) = 3,44$, $p = 0,035$, sendo que o teste post hoc evidenciou que os adultos mais velhos (M=71,21; dp=14,93) obtiveram pontuações significativamente inferiores às dos adultos (M=78,79; dp=15,44), $p < 0,05$.

Tabela 8. Diferenças na qualidade de vida em função do género (Teste t para amostras independentes)

	Feminino N=109 M(dp)	Masculino N=49 M(dp)	Teste t	p
Qualidade de vida/Faceta geral	72,13 (16,01)	72,19 (16,78)	-0,022	0,983
Domínio Físico	74,02 (15,60)	76,94 (12,02)	-1,243	0,216
Domínio Psicológico	69,75 (16,02)	74,34 (14,93)	-1,661	0,100
Domínio Relações Sociais	75,72 (15,28)	73,64 (16,17)	0,742	0,460
Domínio Ambiente	70,62 (14,90)	73,18 (14,14)	-1,016	0,312

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

A partir da tabela 8 é possível explorar as diferenças na qualidade de vida em função do género, tendo para o efeito sido realizado o teste t para amostras independentes.

Apesar de não se identificarem diferenças estatisticamente significativas em função do género, importa salientar que na Faceta geral e em todos os domínios à exceção das relações sociais são os homens que apresentam uma pontuação média mais elevada face às mulheres (M=72,13; dp=16,01).

Tabela 9. Associação entre a percepção de qualidade de vida e o nível de escolaridade (correlação de *Pearson*)

		Anos de escolaridade	Faceta geral	Domínio Físico	Domínio Psicológico	Domínio Relações Sociais	Domínio Ambiente
Jovens adultos	Anos de escolaridade	1					
	Faceta geral	-0,035	1				
	Domínio Físico	0,154	,587**	1			
	Domínio Psicológico	-0,011	,553**	,585**	1		
	Domínio Relações Sociais	-0,164	0,269	,408**	,518**	1	
	Domínio Ambiente	0,026	,707**	,472**	,500**	,287*	1
	Anos de escolaridade	1					
Adultos	Faceta geral	0,247	1				
	Domínio Físico	,444**	,604**	1			
	Domínio Psicológico	0,051	,665**	,634**	1		
	Domínio Relações Sociais	0,149	,588**	,554**	,685**	1	
	Domínio Ambiente	,368*	,574**	,783**	,764**	,633**	1
	Anos de escolaridade	1					
	Faceta geral	0,265	1				
Adultos mais velhos	Domínio Físico	,334*	,596**	1			
	Domínio Psicológico	-0,010	,307*	,626**	1		
	Domínio Relações Sociais	0,180	,517**	,609**	,608**	1	
	Domínio Ambiente	,414**	,381**	,629**	,426**	,618**	1
	Anos de escolaridade	1					
	Faceta geral	0,265	1				
	Domínio Físico	,334*	,596**	1			

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

Com o intuito de analisar a associação entre a qualidade de vida e a escolaridade, recorreu-se ao coeficiente de correlação de *Pearson* (Tabela 9). Assim, relativamente à faceta geral, ao domínio psicológico e ao domínio das relações sociais não se verificam associações estatisticamente significativas com os anos de escolaridade em nenhum dos grupos etários.

Relativamente ao domínio físico, verifica-se no grupo dos adultos uma correlação positiva e estatisticamente significativa em função da escolaridade ($r=,444$; $p=,001$), o que significa que os adultos que possuem um nível de escolaridade mais elevado pontuam mais neste domínio. No grupo dos adultos mais velhos também se regista uma correlação positiva estatisticamente significativa ($r=,334$; $p=,019$) o que sugere que os adultos mais velhos com maior nível de escolaridade pontuam mais alto neste domínio.

Por fim, no domínio ambiente e no caso adultos ($r=,368$; $p=,010$) e adultos mais velhos ($r=,414$; $p=,003$) verifica-se uma correlação positiva estatisticamente significativa com os anos de escolaridade, o que sugere que os participantes destes grupos que possuem um nível mais elevado de escolaridade são os que pontuam mais alto neste domínio.

Tabela 10. Diferenças na percepção de qualidade de vida em função do estado civil (ANOVA)

	Solteiro	Casado/ União de facto	Separado/ divorciado	Viúvo	F (gl)	p	Comparações significativas (Tukey)
Qualidade de vida/Faceta geral M(dp)	73,63 (16,20)	75,53 (14,50)	63,39 (19,28)	61,67 (12,01)	4,67 (3,154)	,004**	solteiros > viúvos ($p < 0,01$); casados > viúvos ($p < 0,001$)
Domínio Físico M(dp)	76,39 (14,01)	73,63 (14,68)	77,86 (12,23)	69,13 (18,30)	1,257 (3,144)	,291	
Domínio Psicológico M(dp)	69,06 (15,95)	76,20 (12,26)	67,19 (27,59)	68,56 (13,74)	2,334 (3,140)	,077	
Domínio Relações Sociais M(dp)	77,16 (15,90)	73,73 (15,81)	66,67 (13,30)	73,81 (8,91)	1,787 (3,138)	,152	
Domínio Ambiente M(dp)	71,06 (15,06)	70,92 (13,99)	76,04 (16,46)	72,32 (14,39)	,344 (3,146)	,793	

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

Tendo em conta a tabela 10 que apresenta as diferenças na percepção de qualidade de vida em função do estado civil, é possível observar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos em função do estado civil, $F(3,154) = 4,67$, $p = 0,004$ no que se refere à faceta geral da qualidade de vida. As comparações post-hoc de Tukey sugerem que os viúvos apresentam valores significativamente mais baixos do que os solteiros ($p < 0,01$) e do que os casados/união de facto ($p < 0,001$).

Por sua vez, nos domínios físico, relações sociais e ambiente não se verificaram diferenças significativas entre os grupos. No caso do domínio psicológico, apesar de não se registarem diferenças estatisticamente significativas, $F(3,140) = 2,334$, $p = 0,077$, há uma tendência para valores mais elevados entre os participantes casados/união de facto (Tabela 19).

Tabela 11. Associação entre a qualidade de vida e coresidência (correlação de *Pearson*)

	Coresidência	Faceta geral	Domínio Físico	Domínio Psicológico	Domínio das Relações Sociais	Domínio Ambiente
Coresidência	1	--	--	--	--	--
Faceta geral	,184*	1	--	--	--	--
Domínio Físico	,139	,617**	1	--	--	--
Domínio Psicológico	,002	,519**	,599**	1	--	--
Domínio das Relações Sociais	,227**	,478**	,526**	,572**	1	--
Domínio Ambiente	-,048	,558**	,649**	,572**	,504**	1

Analisada a relação entre o número de pessoas que vivem na mesma casa e a qualidade de vida (Tabela 11) verificou-se que relativamente à faceta geral existe uma associação positiva estatisticamente significativa com a coresidência ($r=,184$; $p=,023$) ou seja, quanto mais elevado o número de pessoas a partilhar casa mais elevada a perceção de qualidade de vida geral.

Em relação aos domínios físico, psicológico e ambiente não se verificam associações estatisticamente significativas com a partilha de casa com outras pessoas. No caso do domínio das relações sociais verifica-se uma correlação positiva estatisticamente significativa com a coresidência ($r=,227$; $p=,007$) o que sugere que o número de habitantes na mesma casa está relacionado positivamente com a perceção de apoio social.

Tabela 12. Diferenças na perceção de qualidade de vida em função da situação face ao emprego (ANOVA)

	Estudante	Empregado	Desempregado	Reformado	F (gl)	p	Comparações significativas (Tukey)
Qualidade de vida/Faceta geral M(dp)	74,28 (15,74)	77,08 (17,08)	75,00 (17,68)	66,27 (15,03)	3,879 (3,153)	,010	estudante > reformado ($p<0,05$); empregado > reformado ($p<0,05$)
Domínio Físico M(dp)	77,25 (13,61)	77,09 (14,74)	70,71 (17,75)	70,76 (15,07)	2,250 (3,143)	,085	
Domínio Psicológico M(dp)	69,81 (15,58)	74,20 (16,96)	63,33 (19,85)	72,19 (15,10)	,954 (3,139)	,946	
Domínio Relações Sociais M(dp)	77,45 (14,69)	78,53 (16,53)	63,33 (15,14)	70,44 (15,31)	3,282 (3,137)	,023	
Domínio Ambiente M(dp)	72,51 (14,39)	72,32 (17,15)	65,63 (16,68)	69,81 (13,56)	,602 (3,145)	,615	

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

Tendo em conta a tabela 12 que apresenta as diferenças na perceção de qualidade de vida em função da situação face ao emprego, é possível observar que na faceta geral são os empregados que demonstram uma pontuação mais alta ($M=77,08$; $dp=17,08$), seguidos dos desempregados ($M=75,00$; $dp=17,68$), estudantes ($M=74,28$; $dp=15,74$) e, por último, dos reformados ($M=66,27$; $dp=15,03$). Observou-se, por isso, um efeito significativo face à situação de emprego, $F(3,153) = 3,879$, $p = ,010$, sendo que o teste post hoc de Tukey indicou que os estudantes ($M = 74,28$; $DP = 15,74$) e os empregados ($M=77,08$; $DP=17,08$) apresentaram pontuações significativamente mais elevadas do que os reformados ($M = 66,27$; $DP = 15,03$), $p < 0,05$.

Nos restantes domínios da WHOQOL-bref não se registou nenhum efeito estatisticamente significativo da situação face ao emprego.

Tabela 13. Diferenças na percepção de qualidade de vida em função da saúde física e mental nos diferentes grupos etários (correlação de *Pearson*)

		Saúde física	Saúde mental	Faceta geral	Domínio Físico	Domínio Psicológico	Domínio das Relações Sociais	Domínio Ambiente
Jovens adultos	Saúde física	1						
	Saúde mental	,505**	1					
	Faceta geral	,547**	,411**	1				
	Domínio Físico	,482**	,413**	,587**	1			
	Domínio Psicológico	,475**	,641**	,553**	,585**	1		
	Domínio das Relações Sociais	,091	,318*	,269	,408**	,518**	1	
	Domínio Ambiente	,286*	,391**	,707**	,472**	,500**	,287*	1
Adultos	Saúde física	1						
	Saúde mental	,591**	1					
	Faceta geral	,576**	,626**	1				
	Domínio Físico	,476**	,274	,604**	1			
	Domínio Psicológico	,500**	,527**	,665**	,634**	1		
	Domínio das Relações Sociais	,176	,432**	,588**	,554**	,685**	1	
	Domínio Ambiente	,402**	,426**	,574**	,783**	,764**	,633**	1
Adultos mais velhos	Saúde física	1						
	Saúde mental	,413**	1					
	Faceta geral	,641**	,287*	1				
	Domínio Físico	,535**	,605**	,596**	1			
	Domínio Psicológico	,428**	,689**	,307*	,626**	1		
	Domínio das Relações Sociais	,497**	,600**	,517**	,609**	,608**	1	
	Domínio Ambiente	,330*	,521**	,381**	,629**	,426**	,618**	1

Relativamente às diferenças na percepção de qualidade de vida em função da saúde física e mental nos diferentes grupos etários (Tabela 13), na faceta geral, no grupo dos jovens adultos, verificam-se associações positivas estatisticamente significativas face à saúde física ($r=,547$; $p<,001$) e mental ($r=,411$; $p=,002$). No grupo de adultos também se verificam correlações positivas estatisticamente significativas na saúde física ($r=,576$; $p<,001$) e mental ($r=,626$; $p<,001$), assim como no grupo de adultos mais velhos, saúde física ($r=,641$; $p<,001$) e mental ($r=,287$; $p=,041$). Estes resultados sugerem que nos três grupos etários, os participantes que avaliam a sua qualidade de vida mais positivamente também têm uma percepção mais positiva da sua saúde física e mental.

No que diz respeito ao domínio físico, no grupo de jovens adultos, verificam-se associações positivas estatisticamente significativas na saúde física ($r=,482$; $p<,001$) e mental ($r=,413$; $p=,003$), o que sugere que os jovens que possuem melhor percepção de qualidade de vida a nível físico apresentam melhor saúde física e mental. No caso dos adultos, verifica-se uma correlação positiva estatisticamente significativa com a saúde física ($r=,476$; $p<,001$), mas não com a saúde mental. No caso dos adultos mais velhos, verificam-se associações positivas estatisticamente significativa com a saúde física ($r=,535$; $p<,001$) e mental ($r=,605$; $p<,001$).

No caso do domínio psicológico verificam-se associações positivas estatisticamente significativas face à saúde física ($r=,475$; $p<,001$) e mental ($r=,641$; $p<,001$) no grupo dos jovens adultos. No grupo de adultos também se verificam correlações positivas estatisticamente significativas face à saúde física ($r=,500$; $p<,001$) e mental ($r=,527$; $p<,001$), assim como no grupo dos adultos mais velhos, saúde física ($r=,428$; $p=,004$) e mental ($r=,689$; $p<,001$), o que sugere que os participantes que apresentam melhor percepção de qualidade de vida a nível psicológico também apresentam melhor saúde física e mental.

No que concerne ao domínio das relações sociais, verificam-se apenas associações estatisticamente significativas na saúde mental no grupo dos jovens adultos ($r=,318$; $p=,022$) e no grupo de adultos ($r=,432$; $p=,005$). No caso dos adultos mais velhos, verificam-se correlações positivas estatisticamente significativas face à saúde física ($r=,497$; $p<,001$) e mental ($r=,600$; $p<,001$), o que sugere que adultos mais velhos que têm melhor percepção de qualidade de vida a nível social têm também uma melhor percepção da sua saúde física e mental.

Relativamente ao domínio ambiental, no grupo dos jovens adultos verificam-se correlações positivas estatisticamente significativas face à saúde física ($r=,286$; $p=,038$) e mental ($r=,391$; $p=,004$). De igual modo, também no grupo dos adultos se verificam correlações positivas estatisticamente significativas face à saúde física ($r=,402$; $p=,005$) e mental ($r=,426$; $p=,004$), assim como no grupo dos adultos mais velhos, saúde física ($r=,330$; $p=,022$) e mental ($r=,521$; $p<,001$). Estes resultados sugerem que os participantes que percecionam uma melhor

qualidade de vida em termos de segurança física, ambiente no lar, recursos económicos, cuidados de saúde e sociais, hipóteses de obter novas competências, participação de lazer e recreio, ambiente físico e transporte também apresentam melhor percepção de saúde física e mental.

3. Análise dos fatores da escala “ImAges”

Considerando a tabela 14 relativa à caracterização dos fatores da escala “ImAges” observa-se que dos três fatores foi no fator maturidade, atividade e afetividade que os participantes obtiveram uma pontuação média mais elevada com 21,29 pontos ($dp=4,22$). Este fator inclui itens que descrevem a velhice como uma fase de maturidade e a pessoa velha como ativa e carinhosa.

Tabela 14. Caracterização das Imagens da Velhice dos participantes

	Total de participantes N=159 M (dp)	Min-Máx
Dependência, tristeza e antiquado	20,51 (4,86)	8-31
Incompetência relacional e cognitiva	21,10 (6,32)	12-41
Maturidade, atividade e afetividade	21,29 (4,22)	7-30

No fator incompetência relacional e cognitiva, que integra itens que se reportam à diminuição do desempenho ao nível cognitivo e comportamentos sociais desajustados, os participantes obtiveram uma pontuação média de 21,10 pontos ($dp=6,32$). Por fim, no fator dependência, tristeza e antiquado uma pontuação média de 20,51 pontos ($DP=4,86$; tabela 14), sendo que este fator inclui itens relacionados com a doença, perda de capacidades físicas e dependência, bem como itens associados a tristeza, solidão e viver de recordações.

Tabela 15. Diferenças nas Imagens da Velhice em função do grupo etário (ANOVA)

	Jovens adultos (18-24 anos) N=53	Adultos (25-64 anos) N=50	Adultos mais velhos (65 ou mais anos) N=56	F (gl)	p	Comparações significativas (Tukey)
Dependência, tristeza e antiquado	21,79 (4,62)	20,04 (4,52)	19,48 (5,25)	3,15 (2,141)	,046*	18-24 > 65+ ($p < 0,05$)
Incompetência relacional e cognitiva	20,67 (5,83)	18,93 (5,64)	23,90 (6,68)	7,31 (2,132)	,001***	65+ > 18-24 ($p < 0,01$); 65+ > 25-64 ($p < 0,001$)
Maturidade, atividade e afetividade	21,50 (2,79)	21,98 (4,62)	20,36 (4,98)	1,79 (2,137)	,172	--

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

Tendo em conta os resultados apresentados na tabela 15 que apresenta as diferenças nos fatores da Escala “ImAges” em função dos grupos etários, é possível observar que os jovens adultos pontuam mais elevado no fator dependência, tristeza e antiquado ($M=21,79$; $dp=4,62$), os adultos no fator maturidade, atividade e afetividade ($M=21,98$; $dp=4,62$) e os adultos mais velhos no fator incompetência relacional e cognitiva ($M=23,90$; $dp=6,68$).

Os resultados da análise de variância (ANOVA) unifatorial permitiram identificar diferenças significativas nos fatores dependência, tristeza e antiquado e incompetência relacional e cognitiva. Assim, no fator dependência, tristeza e antiquado observou-se um efeito significativo do grupo etário, $F(2,141) = 3,15$, $p = 0,046$, sendo que o teste *post hoc* de Tukey indicou que os jovens adultos ($M=21,79$; $dp=4,62$) apresentaram pontuações significativamente mais elevadas do que os adultos mais velhos ($M=19,48$; $dp=5,25$), $p < 0,05$. Por sua vez, no fator incompetência relacional e cognitiva também se verificou um efeito estatisticamente significativo do grupo etário, $F(2,132) = 7,31$, $p = 0,001$, sendo que os resultados do *post hoc* de Tukey mostraram que os adultos mais velhos ($M=23,90$; $dp=6,68$) apresentaram pontuações significativamente mais elevadas do que jovens adultos ($M=20,67$; $dp=5,83$), $p < 0,01$, e os adultos ($M=18,93$; $dp=5,64$), $p < 0,001$.

Tabela 16. Diferenças nas Imagens da Velhice em função do género (Teste t para amostras independentes)

	Feminino N=109 M(dp)	Masculino N=49 M(dp)	Teste t	p valor
Dependência, tristeza e antiquado	20,41 (4,22)	20,72 (6,01)	-0,319	0,751
Incompetência relacional e cognitiva	20,21 (5,74)	22,93 (7,11)	-2,216	0,030
Maturidade, atividade e afetividade	21,88 (3,95)	20,11 (4,52)	2,288	0,025

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

No que concerne às diferenças nas Imagens da velhice em função do gênero, foi utilizado o teste t para amostras independentes (tabela 16). Apesar de não se registarem diferenças estatisticamente significativas, verifica-se que os homens obtêm uma pontuação média mais elevada nos fatores dependência, tristeza e antiquado e incompetência relacional e cognitiva.

No fator maturidade, atividade e afetividade são as mulheres que apresentam uma pontuação média mais elevada o que sugere que têm uma visão da velhice como uma fase associada ao ganho de maturidade e aproveitamento dos bons momentos.

Tabela 17. Associação entre as Imagens da Velhice e o nível de escolaridade (correlação de Pearson)

		Anos de escolaridade	Dependência, tristeza e antiquado	Incompetência relacional e cognitiva	Maturidade, atividade e afetividade
Jovens adultos	Anos de escolaridade	1			
	Dependência, tristeza e antiquado	0,075	1		
	Incompetência relacional e cognitiva	,383**	,562**	1	
	Maturidade, atividade e afetividade	-0,2411	-,471**	-,516**	1
Adultos	Anos de escolaridade	1			
	Dependência, tristeza e antiquado	-0,1956	1		
	Incompetência relacional e cognitiva	-,335*	0,168	1	
	Maturidade, atividade e afetividade	,321*	-0,157	-,606**	1
Adultos mais velhos	Anos de escolaridade	1			
	Dependência, tristeza e antiquado	-0,115	1		
	Incompetência relacional e cognitiva	-0,079	,711**	1	
	Maturidade, atividade e afetividade	0,114	0,004	-0,119	1

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

A tabela 17 explora a associação entre os fatores da escala de Imagens da Velhice e os anos de escolaridade dos participantes, a partir do coeficiente de correlação de *Pearson*.

No que diz respeito ao fator dependência, tristeza e antiquado não se verificam associações estatisticamente significativas com a escolaridade em nenhum dos três grupos (jovens adultos $r=,075$ ($p=,592$); adultos $r=-,195$ ($p=,190$); adultos mais velhos $r=-,115$ ($p=,462$)).

No entanto, no fator incompetência relacional e cognitiva, no caso dos jovens adultos, observa-se uma correlação positiva estatisticamente significativa com os anos de escolaridade ($r=,383$; $p=,006$), o que significa que os jovens que possuem maior nível de escolaridade são aqueles que demonstram maior número de imagens/estereótipos de incompetência a nível relacional e cognitivo associados às pessoas mais velhas. Dito de outro modo, os jovens com mais anos de escolaridade encaram o envelhecimento e as pessoas mais velhas de uma forma homogênea considerando as pessoas mais velhas como incapazes em termos cognitivos e relacionais. No caso dos adultos verifica-se uma correlação negativa estatisticamente significativa ($r=-,335$; $p=,028$), ou seja, os participantes deste grupo que apresentam menos anos de escolaridade são os que associam a velhice a maior incompetência relacional e cognitiva.

No que concerne ao fator maturidade, atividade e afetividade, verifica-se uma correlação positiva estatisticamente significativa ($r=,321$; $p=,031$) no grupo dos adultos o que sugere que os participantes que apresentam níveis mais elevados de escolaridade são os que demonstram maior número de imagens de maturidade, atividade e afetividade associada às pessoas mais velhas.

3.1. Perceções sobre idadismo em jovens, adultos na vida ativa e adultos mais velhos

Ao realizar uma análise das respostas às questões específicas sobre o idadismo a partir de um ponto médio (tabela 18), conseguimos verificar que os itens com a média mais elevada no grupo dos jovens adultos são: “A idade é um fator que condiciona o desempenho de algumas atividades” ($M=3,71$; $DP=0,84$) e “Mesmo não solicitando ajuda, os idosos devem ser ajudados” ($M=3,60$; $DP=0,99$).

Tabela 18. Análise das questões específicas do idadismo por grupo etário

	Jovens adultos (18-24 anos) N=53		Adultos (25-64 anos) N=50		Adultos mais velhos (65 ou mais anos) N=56	
	M(dp)	Min- Máx	M(dp)	Min- Máx	M(dp)	Min- Máx
As pessoas mais velhas sofrem mais discriminação do que as pessoas mais jovens	3,36 (0,98)	1-5	3,76 (0,80)	2-5	3,33 (0,93)	1-5
A idade é um fator que condiciona o desempenho de algumas atividades	3,72 (0,84)	1-5	3,69 (0,98)	1-5	3,73 (0,83)	1-5
É válido dizer aos idosos que eles estão demasiado velhos para realizarem determinadas atividades	2,21 (1,08)	1-5	1,88 (0,86)	1-5	2,14 (1,10)	1-5
É aceitável que devido às suas características os idosos sejam alvos de comentários que ridicularizam a sua imagem	1,58 (0,97)	1-4	1,57 (1,04)	1-5	1,84 (0,99)	1-5
A imagem social das pessoas com 65 ou mais anos é positiva	3,25 (0,76)	1-5	2,90 (1,33)	1-5	3,48 (0,95)	1-5
Concordo que os idosos sejam abordados de forma paternalista e condescendente devido à sua idade	2,75 (0,90)	1-4	2,02 (1,04)	1-4	2,66 (1,06)	1-5
Os indivíduos mais jovens são mais produtivos que os mais velhos nos seus empregos	2,81 (0,94) 1-5		2,65 (0,93)	1-5	2,96 (0,97)	1-5
Os idosos não deveriam trabalhar devido às suas fragilidades e probabilidade de adoecerem	2,28 (0,86)	1-4	1,92 (0,71)	1-4	2,66 (1,04)	1-5
O envelhecimento é um fenómeno que provoca aumento excessivo nos custos com a saúde	3,40 (0,91)	1-5	3,36 (0,99)	1-5	3,24 (0,93)	1-5
O envelhecimento é um fenómeno que provoca aumento excessivo nos custos com a proteção social	3,11 (0,89)	1-5	3,00 (0,95)	1-5	3,27 (0,84)	1-4
O envelhecimento é um obstáculo para se ter uma vida boa	2,13 (0,79)	1-4	2,22 (0,85)	1-5	2,33 (1,01)	1-4
As pessoas mais velhas ao serem avessas às mudanças fazem com que a sociedade não evolua tão rapidamente	2,38 (0,86)	1-4	1,98 (0,88)	1-4	2,38 (1,09)	1-4
Mesmo não solicitando ajuda, os idosos devem ser ajudados	3,60 (0,99)	1-5	2,96 (1,12)	1-5	3,59 (0,91)	1-5

Relativamente ao grupo dos adultos (tabela 18), os itens que apresentam um ponto médio mais elevado são: “As pessoas mais velhas sofrem mais discriminação do que as pessoas mais jovens” (M=3,76; DP=0,80) e “A idade é um fator que condiciona o desempenho de algumas atividades” (M=3,69; DP=0,98).

No grupo dos adultos mais velhos os itens com um valor médio mais elevado são: “A idade é um fator que condiciona o desempenho de algumas atividades” (M=3,73; DP=0,83) e “Mesmo não solicitando ajuda, os idosos devem ser ajudados” (M=3,59; DP=0,90).

Tabela 19. Percepção sobre situações de idadismo

	Jovens adultos (18-24 anos) N=53		Adultos (25-64 anos) N=50		Adultos mais velhos (65 ou mais anos) N=56		Total de participantes N=159	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Já presenciou ou esteve envolvido em alguma situação de discriminação com base na idade?								
Sim	8	15,1	5	10	3	5,4	16	10,1
Considera que os idosos deixam de ter competências para desempenhar uma atividade profissional?								
Sim	13	24,5	5	10	8	14,3	26	16,4
Em que contexto considera que existe mais preconceito baseado na idade?								
Trabalho	28	52,8	32	64	34	60,7	94	59,1
Redes Sociais	21	39,6	14	28	11	19,6	46	28,9
Publicidade	14	26,4	11	22	10	17,9	35	22
Família	9	17	16	32	5	8,9	30	18,9

Como é possível observar a partir da tabela 19 relativa às situações idadistas presenciadas pelos participantes, 15,1% dos jovens adultos refere já ter presenciado ou estar envolvido neste tipo de situações. No caso dos adultos e adultos mais velhos, a percentagem de participantes que assinala situações de discriminação com base na idade é ligeiramente menor (10% e 14,3%, respetivamente).

Quando questionados sobre a competência das pessoas mais velhas para continuarem a exercer atividades profissionais, 24,5% dos jovens adultos considera que com o passar do tempo as pessoas deixam de ser capazes de se manterem profissionalmente ativas. No caso dos adultos e adultos mais velhos, somente 10% e 14,3%, respetivamente, considera que as pessoas mais velhas deixam de ter competências para desempenhar uma atividade profissional.

Por fim, no que se refere aos contextos onde consideram existir mais preconceito com base na idade, os jovens adultos e os adultos mais velhos destacam o trabalho, as redes sociais e a publicidade. Por sua vez, os adultos identificam o trabalho, a família e as redes sociais.

Tabela 20. Tipos de discriminação

	Jovens adultos (18-24 anos) N=53		Adultos (25-64 anos) N=50		Adultos mais velhos (65 ou mais anos) N=56	
	n	%	n	%	n	%
Aborrecidas/Inflexíveis	1	1,9	--	--	--	--
Aparência física	2	3,8	--	--	--	--
Desprezo/arrogância	--	--	--	--	3	5,4
Desvalorização de conhecimento	--	--	--	--	1	1,8
Discriminação no trabalho	1	1,9	3	6	--	--
Doença	1	1,9	--	--	--	--
Falta de conhecimento relativamente às novas tecnologias	1	1,9	--	--	--	--
Falta de respeito por parte de outras gerações	1	1,9	--	--	4	7,1
Incapacidade/fragilidade	8	15,1	2	4	--	--
Indiferença/abandono	--	--	1	2	2	3,6
Infantilização	3	5,7	1	2	--	--
Outras	3	5,7	--	--	--	--

Na sequência das questões anteriores, os participantes foram questionados sobre os tipos de discriminação por idade que tenham presenciado (Tabela 20). Analisadas as respostas, foi possível agrupá-las em categorias, sendo que os jovens adultos identificaram sobretudo situações relacionadas com a incapacidade/fragilidade (15,1%) e com a infantilização das pessoas mais velhas (5,7%) e os adultos sinalizaram aspetos relacionados com a discriminação no trabalho (6%). Por fim, os adultos mais velhos reportaram tipos de discriminação por idade relacionados com falta de respeito por parte de outras gerações (7,1%), desprezo/arrogância (5,4%) e indiferença/abandono (3,6%).

Ainda no mesmo alinhamento, os participantes foram questionados quanto a estratégias para combater o idadismo (Tabela 21). Os jovens adultos salientam as campanhas de sensibilização/campanhas publicitárias (26,3%), educação sobre o envelhecimento e a velhice (13,2%) e ações intergeracionais (7,6%) como possibilidades de diminuir as imagens negativas relacionadas com a velhice e o processo de envelhecimento. No caso dos adultos, destacam também a educação sobre o envelhecimento e a velhice (20%) e as ações intergeracionais (16%). No entanto, os adultos mais velhos sugerem outras possibilidades, nomeadamente a demonstração de apoio (8,9%), a partilha de conhecimentos com a sociedade (7,1%) e também a realização de ações intergeracionais (5,4%).

Tabela 21. Estratégias para combater o idadismo

	Jovens adultos (18-24 anos) N=53		Adultos (25-64 anos) N=50		Adultos mais velhos (65 ou mais anos) N=56	
	n	%	n	%	n	%
Ações intergeracionais	4	7,6	8	16	3	5,4
Campanhas de sensibilização/campanhas publicitárias	14	26,3	4	8	--	--
Contratar pessoas de diferentes faixas etárias	2	3,8	--	--	1	3,6
Combater a infantilização	--	--	1	2	--	--
Demonstrando apoio	--	--	2	4	5	8,9
Educação sobre o envelhecimento e a velhice	7	13,2	10	20	1	1,8
Partilha de conhecimentos com a sociedade	3	5,7	2	4	4	7,1
Respeito/valorização	3	5,7	2	4	2	3,6
Tratar todos de forma igual	2	3,8	--	--	2	3,6
Não é possível combater o preconceito	2	3,8	2	4	1	1,8

De salientar que 3,8% dos jovens adultos, 4% dos adultos e 1,8% dos adultos mais velhos consideram não ser possível combater a discriminação com base na idade (tabela 21).

4. Análise da relação entre a qualidade de vida e imagens da velhice

De modo a analisar as associações entre os domínios da qualidade de vida e as imagens da velhice, por grupo etário, utilizou-se o coeficiente de correlação de Pearson (Tabela 22).

Tabela 22. Associação entre a Qualidade de vida e as Imagens da velhice por grupo etário

		Faceta geral	Domínio Físico	Domínio Psicológico	Domínio das Relações Sociais	Domínio Ambiente	Dependência, tristeza e antiquado	Incompetência relacional e cognitiva	Maturidade, atividade e afetividade
Jovens adultos	Faceta geral	1							
	Domínio Físico	,587**	1						
	Domínio Psicológico	,553**	,585**	1					
	Domínio das Relações Sociais	,269	,408**	,518**	1				
	Domínio Ambiente	,707**	,472**	,500**	,287*	1			
	Dependência, tristeza e antiquado	-,216	,117	-,142	-,026	-,138	1		
	Incompetência relacional e cognitiva	-,254	,084	-,145	-,079	-,175	,562**	1	
	Maturidade, atividade e afetividade	,313*	,108	,386**	,296*	,433**	-,471**	-,516**	1
Adultos	Faceta geral	1							
	Domínio Físico	,604**	1						
	Domínio Psicológico	,665**	,634**	1					
	Domínio das Relações Sociais	,588**	,554**	,685**	1				
	Domínio Ambiente	,574**	,783**	,764**	,633**	1			
	Dependência, tristeza e antiquado	-,075	-,209	,124	-,082	-,157	1		
	Incompetência relacional e cognitiva	-,091	-,381*	-,071	-,180	-,301	,168	1	
	Maturidade, atividade e afetividade	,253	,308*	,138	,180	,226	-,157	-,606**	1
Adultos mais velhos	Faceta geral	1							
	Domínio Físico	,596**	1						
	Domínio Psicológico	,307*	,626**	1					
	Domínio das Relações Sociais	,517**	,609**	,608**	1				
	Domínio Ambiente	,381**	,629**	,426**	,618**	1			
	Dependência, tristeza e antiquado	,010	-,421**	-,477**	-,311	-,347*	1		
	Incompetência relacional e cognitiva	-,045	-,330*	-,407*	-,468**	-,418**	,711**	1	
	Maturidade, atividade e afetividade	,234	,187	,335*	,375*	,255	,004	-,119	1

Relativamente ao fator dependência, tristeza e antiquado, no caso dos jovens adultos e dos adultos, não se observam associações estatisticamente significativas em nenhum dos domínios da qualidade de vida. No grupo dos adultos mais velhos, verificam-se associações negativas significativas do ponto de vista estatístico no domínio físico ($r=-,421$; $p=,005$), domínio psicológico ($r=-,477$; $p=,002$) e no domínio ambiente ($r=-,347$; $p=,022$; tabela 22).

No que diz respeito ao fator incompetência relacional e cognitiva, no caso dos jovens adultos, não se verificam associações estatisticamente significativas com nenhum dos domínios da qualidade de vida. No grupo dos adultos verifica-se uma correlação negativa estatisticamente significativa no domínio físico ($r=-,381$; $p=,013$) e no caso dos adultos mais velhos, observam-se correlações negativas estatisticamente significativas no domínio físico ($r=-,330$; $p=,038$), no domínio psicológico ($r=-,407$; $p=,014$), no domínio das relações sociais ($r=-,468$; $p=,005$) e no domínio ambiente ($r=-,418$; $p=,008$).

Por fim, relativamente ao fator maturidade, atividade e afetividade, no caso dos jovens adultos, verificam-se correlações positivas estatisticamente significativas na faceta geral da qualidade de vida ($r=,313$; $p=,027$), no domínio psicológico ($r=,386$; $p=,006$), no domínio das relações sociais ($r=,296$; $p=,037$) e no domínio ambiente ($r=,433$; $p=,002$). No grupo dos adultos, verifica-se apenas uma correlação positiva estatisticamente significativa no domínio físico ($r=,308$; $p=,042$) e no grupo dos adultos mais velhos, também se verificam correlações positivas estatisticamente significativas no domínio psicológico ($r=,335$; $p=,032$) e no domínio das relações sociais ($r=,375$; $p=,020$).

Discussão de Resultados e Conclusão

O presente capítulo tem como objetivo analisar e discutir os resultados obtidos face aos objetivos propostos nesta dissertação, nomeadamente identificar estereótipos associados ao envelhecimento e analisar a relação entre idadeismo e qualidade de vida em jovens adultos, adultos e adultos mais velhos. Assim, a discussão será organizada de acordo com os objetivos específicos definidos: (1) caracterizar a qualidade de vida percebida em jovens adultos, adultos e adultos mais velhos; (2) caracterizar as imagens e estereótipos de jovens adultos, adultos e adultos mais velhos sobre pessoas mais velhas e o processo de envelhecimento; (3) analisar a relação entre qualidade de vida e variáveis específicas (género, escolaridade, grupo etário, etc); (4) analisar a relação entre as imagens e estereótipos sobre a velhice e variáveis específicas (género, escolaridade, grupo etário, etc); e (5) analisar a relação entre idadeismo e qualidade de vida em jovens adultos, adultos e adultos mais velhos. Dessa forma, procura-se aprofundar a compreensão sobre as imagens da velhice e envelhecimento e as suas implicações para o bem-estar ao longo da vida.

Assim, o presente estudo integrou 159 participantes, divididos em três grupos etários: jovens adultos (n=53) com idades compreendidas entre os 17 e os 24 anos, adultos (n=50) com idades entre os 25 e os 64 anos, e adultos mais velhos (n=56) com 65 ou mais anos. A amostra apresenta uma média de idade de 44,49 anos ($dp=23,72$), com um máximo de 83 anos e um mínimo de 18 anos. A amostra é maioritariamente constituída por pessoas do sexo feminino (69,2%; n=110), solteiros (51,6%; n=82) e com escolaridade de nível secundário (47,1%; n=74). A maioria dos participantes reside, em média, com 2,09 ($dp=1,38$) pessoas, sendo na sua maioria com os pais (39,6%, n=63). Como definido nos critérios de inclusão todos os indivíduos que participaram no estudo residem no norte de Portugal, sendo que 30,8% (n=49) reside no distrito do Porto, 28,9% (n=46) no de Braga e 28,3% (n=45) no de Viana do Castelo.

Do ponto de vista profissional, 43,4% (n=69) da amostra são estudantes, 34% (n=54) encontram-se reformados, 18,9% (n=30) empregados e 3,1% (n=5) desempregados. As atividades relacionadas com o ensino (13,2%) e a saúde (3,8%) são/foram as atividades profissionais mais desempenhadas pelos participantes deste estudo, visto que a profissão de professor como foi a mais frequente entre o grupo adultos (16%) e adultos mais velhos (23,2%). Relativamente à adequação do rendimento face às despesas, os participantes manifestam alguma facilidade (52,3%; n=80). No que se refere à participação comunitária, somente 36,1% (n=56) dos participantes referiu fazer parte de um grupo comunitário sendo que, desses 56 indivíduos, 35 pertencem ao grupo etário dos adultos mais velhos.

Assim sendo, as características sociodemográficas da amostra parecem ir ao encontro da investigação no domínio. Mais especificamente, o predomínio de indivíduos do sexo feminino é coerente com os dados do INE (2023) segundo os quais as mulheres apresentam uma

esperança média de vida superior à dos homens. A esperança média de vida à nascença em 2020-2022 foi estimada em 78,05 anos para os homens e 83,52 anos para as mulheres, nesse mesmo espaço de tempo, a esperança de vida aos 65 anos foi estimada em 17,76 anos para os homens e 20,98 anos para as mulheres. De acordo com Moreira (2020) as mulheres apresentam uma maior longevidade, resultando num maior número de mulheres idosas do que homens, sobretudo em idades mais avançadas, o que reflete a feminização do envelhecimento.

Em relação ao nível de escolaridade, a maioria da amostra possui o ensino secundário o que parece ser coincidente com dados relativos à população portuguesa. De facto, de acordo com dados dos Censos 2021 o número médio de anos de escolaridade completa da população é de 9,7 anos (INE, 2025).

No que diz respeito à co-habitação, verifica-se os jovens adultos residem maioritariamente com os pais (92,5%), os adultos com os pais (26%) ou com o cônjuge e filhos (24%) e os adultos mais velhos com o cônjuge (44,6%). Este perfil está também alinhado com a realidade nacional, uma vez que dados da Pordata (2023) sugerem que 95% dos jovens vivem com os pais, sendo este o quarto valor mais alto na União Europeia, e 46% dos adultos mais velhos vivem em casal e 16% em casal e com outras pessoas (PORDATA, 2023). No que se refere ao rendimento disponível, os participantes na sua maioria parecem possuir alguma facilidade em responder às despesas, em particular os adultos mais velhos (64,8%) e os adultos (52%). Todavia, 30% dos adultos refere alguma dificuldade para fazer face às despesas, assim como 41,2% dos jovens adultos. Esta situação pode estar associada à situação face ao emprego, uma vez que 96,4% dos adultos mais velhos estão reformados e 58% dos adultos estão empregados, no entanto, 42% dos adultos, ou são estudantes ou se encontram em situação de desemprego. No caso dos jovens adultos, todos são estudantes.

Em termos da perceção de saúde, os participantes relatam uma boa saúde física (41,4%) como mental (40,3%), sendo os valores muito próximos entre grupos etários [jovens adultos, boa saúde física (39,6%) e mental (43,4%); adultos, boa saúde física (40%) e mental (34%); adultos mais velhos, boa saúde física (44,4%) e mental (39,2%)]. Relativamente ao acompanhamento médico face às necessidades, dos 159 participantes do estudo, 126 afirmaram ter esse acompanhamento (81,3%). Sobre este assunto, Mari et al. (2016), assinalam que a perceção que as pessoas têm sobre a sua saúde tem um impacto significativo na saúde e no processo de envelhecimento dos próprios. A avaliação da perceção de saúde de um indivíduo envolve aspetos subjetivos e objetivos, estando relacionados com a forma como o indivíduo se sente e avalia a sua própria vida. Assim, uma avaliação negativa pode encontrar-se relacionada com sentimentos de dor, desconforto ou mal-estar e tem sido associada a fatores sociais, culturais, psicológicos e ambientais. Os mesmos autores referem ainda que em investigações

sobre as percepções sobre a própria saúde, as mulheres, pessoas mais velhas, pessoas com menos escolaridade e pessoas negras parecem ser mais propensas a referir-se à própria saúde de forma negativa.

No caso do presente estudo, o facto de os participantes terem uma escolaridade algo diferenciada (ensino secundário) poderá contribuir para percepções de saúde física e mental satisfatórias. Aliás, de acordo com Oliveira et al., (2024), a frequência de universidades séniores pode ser um ponto a favor para uma visão mais positiva da própria saúde, uma vez que estas contribuem para melhorar as condições e qualidade de vida das pessoas e visam habitualmente objetivos culturais, educativos e sociais, de forma a valorizar a pessoas mais velha.

No presente estudo também se procurou analisar as práticas religiosas dos participantes, tendo sido verificado que 79,4% se identifica com uma religião e pratica atividades relacionadas com regularidade (uma vez por semana ou mais, 39,5%). Este aspeto destaca-se no grupo dos adultos mais velhos onde 85,7% se identifica com uma religião e 56,1% pratica alguma ação relacionada pelo menos uma vez por semana. Estes resultados vão ao encontro da investigação no domínio, na medida em que segundo Bixter et al., (2018) a prática da religião, principalmente para pessoas mais velhas, pode fornecer apoio emocional, aumentar o número de relações sociais e, por sua vez, melhorar a saúde física e mental. Também de acordo com Amorim et al., (2017), a prática de uma religião pode trazer ganhos a nível psíquico, como por exemplo, a redução dos níveis de ansiedade, autocontrolo, crescimento pessoal, significado, conforto, paz e sentimentos de utilidade (Gundlach & Opfinger, 2011). Greene e Yoon (2007) e Abdala et al., (2015), acrescentam ainda que a prática religiosa traz benefícios para as pessoas mais velhas, mas também a regularidade com que estas são praticadas está relacionada com o aumento do bem-estar da pessoa. Sobre este assunto, Oliveira e Alves (2014) verificaram a existência de uma ligação entre a felicidade e a frequência com que se praticam atividades religiosas.

Na mesma linha, segundo um estudo realizado pela Conferência Episcopal Portuguesa e pela Universidade Católica Portuguesa (2023), 56% dos jovens portugueses identificam-se como crentes, mas apenas um terço são praticantes. O mesmo estudo revela que esta falta de participação em atividades religiosas por parte dos jovens pode estar associada à falta de tempo, à falta de empenho ou ainda ao facto de não concordarem com algumas normas da religião com que se identificam.

Relativamente aos domínios da qualidade de vida, os jovens relatam pontuações mais elevadas no domínio das relações sociais ($M=77,40$; $dp=15,42$), os adultos no domínio físico ($M=78,79$; $dp=15,44$) e os adultos mais velhos no domínio psicológico (72,31), tendo-se registado diferenças estatisticamente significativas na faceta geral e no domínio psicológico

(com os adultos mais velhos a apresentarem pontuações significativamente mais baixas do que os adultos). Estes resultados podem ser interpretados à luz daquilo que são as características de cada etapa da vida. Dito de outro modo, o facto de os jovens adultos reportarem valores mais elevados no domínio das relações sociais poderá decorrer desta etapa ser caracterizada por um maior investimento em amizades, relações afetivas e redes de apoio, as quais assumem um papel central na construção da identidade e na perceção de bem-estar. Este resultado é consistente com a teoria psicossocial de Erikson (1959/1998), que aponta a intimidade versus isolamento como uma tarefa central da juventude, assim como com a teoria da seletividade socioemocional de Carstensen (2006), segundo a qual os indivíduos jovens tendem a privilegiar relações sociais mais amplas, pois estas contribuem para o alargamento de experiências e de identidade.

No caso dos adultos, os valores mais elevados verificaram-se no domínio físico, sugerindo uma maior perceção de vitalidade e funcionamento corporal. Este resultado poderá ser explicado pela perceção de capacidade física dos participantes, mas também por uma maior consciência da importância da saúde e de hábitos de vida saudáveis (e.g., prática de exercício físico, alimentação saudável, cuidados médicos preventivos, entre outros). Tal como referido previamente, a qualidade de vida tende a ser fortemente influenciada pela perceção de saúde física e de funcionamento diário (Mari et al., 2016).

Relativamente aos adultos mais velhos, foi no domínio psicológico que se registaram pontuações mais elevadas, o que pode refletir uma maior maturidade emocional, estratégias de coping mais eficazes e maior aceitação das circunstâncias de vida. Estes resultados encontram suporte na teoria da seletividade socioemocional (Carstensen, 2006), que sugere que, com o envelhecimento e a perceção da finitude do tempo, os indivíduos tendem a investir em relações e experiências mais significativas, o que favorece o bem-estar psicológico. Todavia, as diferenças estatisticamente significativas encontradas neste domínio, bem como na faceta geral da qualidade de vida, revelam que os adultos mais velhos apresentaram valores significativamente mais baixos em comparação com os adultos. Este resultado poderá estar relacionado com o impacto cumulativo de doenças crónicas, limitações funcionais e perdas sociais (e.g., viuvez, afastamento da rede social, reforma), aspetos amplamente documentados na literatura sobre envelhecimento (Bowling, 2005, citado em Mollenkopf & Walker, 2007; WHO, 2015).

Quando se analisam os indicadores de qualidade de vida em função do género, verifica-se que na faceta geral e nos domínios físico, psicológico e do ambiente os participantes do sexo masculino apresentaram uma pontuação média mais alta do que os participantes do sexo feminino. Todavia, no domínio das relações sociais as mulheres apresentaram uma pontuação mais elevada do que os homens. Estes resultados aproximam-se dos obtidos por Albuquerque

et al., (2025) na medida em que os autores avaliaram a qualidade de vida da amostra em 2021 e 2023, tendo verificado que na primeira avaliação que os homens apresentaram pontuação média mais elevada que as mulheres nos domínios físico, psicológico e ambiente, sendo que as mulheres apresentaram valores médios mais elevados no domínio das relações sociais.

Estes resultados estão alinhados com a investigação no domínio uma vez que identificam diferenças entre homens e mulheres na percepção de qualidade de vida (Fleck et al., 2000; Skevington, Lotfy & O'Connell, 2004). Relativamente ao domínio físico, o facto de as mulheres reportarem habitualmente problemas físicos, doenças crónicas e limitações funcionais, bem como um maior recurso aos serviços de saúde, tal pode influenciar negativamente a sua percepção de saúde física e, consequentemente, de qualidade de vida (WHO, 2015). Também no domínio psicológico, a literatura tem apontado para o facto de as mulheres apresentarem maior vulnerabilidade a sintomas depressivos e ansiedade ao longo da vida (Nolen-Hoeksema, 2012) e, portanto, este aspeto pode conduzir a uma percepção menos positiva de bem-estar psicológico. Por sua vez, quanto ao domínio ambiente, os homens tendem a reportar maior satisfação com recursos financeiros e oportunidades de lazer e segurança do que as mulheres. Estas percecionam maiores restrições e desigualdades salariais (WHO, 2015), o que pode ajudar a explicar a diferença encontrada.

Assim, os resultados encontrados parecem validar questões associadas às desigualdades de género ainda presentes na sociedade que parecem refletir-se de forma diferenciada em homens e mulheres.

Também a escolaridade parece incluir-se nesta mesma perspetiva. No presente estudo, os adultos e adultos mais velhos que apresentam um nível de escolaridade mais elevado pontuam mais alto no domínio físico e ambiente. De uma forma geral, também Rodrigues, Fernandes e Magalhães (2022) verificaram que as pessoas mais velhas com níveis mais elevados de escolaridade obtinham melhores pontuações no índice médio de qualidade de vida. De facto, esta tendência é consistente com a literatura, que tem demonstrado uma associação positiva entre escolaridade e percepção de qualidade de vida (Fleck et al., 2000). Isto porque mais anos de escolaridade estão associados a melhores condições socioeconómicas (e.g., rendimentos mais elevados, maior estabilidade profissional, acesso a recursos) e tal potencia uma melhor percepção de bem-estar (WHO, 2015).

Em relação às diferenças na percepção de qualidade de vida em função do estado civil, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de solteiros e casados para com os viúvos, na faceta geral. Relativamente aos domínios físico, relações sociais e ambiente não se verificaram diferenças estatisticamente significativas, mas em relação domínio psicológico, apesar de não se registarem diferenças estatisticamente significativas,

existe uma tendência para valores mais elevados entre os participantes casados/em união de facto. Ao longo das últimas décadas, a investigação tem sugerido que os indivíduos casados relatam níveis mais altos de felicidade subjetiva, observando-se uma diferença significativa entre os casados e solteiros (Stack & Eshleman, 1998). Segundo Umberson e Montez (2010) essa influência do casamento para a felicidade dos indivíduos pode estar relacionada com o suporte social que este fornece, que contribui para comportamentos mais saudáveis. Na mesma linha, Holt-Lunstad et al., (2010) afirmam que pessoas com laços sociais mais fortes, como por exemplo os casados, apresentam 50% mais hipóteses de sobrevivência. No caso dos solteiros ou separados/divorciados, Simon (2002) indica que estes tendem a apresentar maiores níveis de depressão, solidão e ansiedade. Contudo, Whisman (2007) afirma que a qualidade do casamento é muito importante pois pessoas em casamentos conflituosos podem apresentar piores índices de saúde mental do que indivíduos solteiros ou divorciados.

No que concerne à associação entre a qualidade de vida e a coresidência, verificou-se uma associação positiva estatisticamente significativa na faceta geral, o que pode significar que quanto mais elevado o número de pessoas a partilhar casa mais elevada a perceção de qualidade de vida geral. Estes resultados não têm uma leitura clara uma vez que dependendo do contexto social, económico e cultural, as associações podem seguir tendências diferentes – positiva ou negativa. Ainda assim, a OMS e a Eurostat associam a sobrelotação habitacional a impactos negativos na saúde mental e bem-estar e alguns autores apresentam como fatores relacionados à menor qualidade de vida um número elevado de habitantes na mesma casa. Isto porque, nestas circunstâncias, a probabilidade de existir falta de privacidade, aumento dos níveis de stress, maior risco de conflitos interpessoais e piores condições de higiene e saúde é elevada. Também Lorentzen et al., (2024) referem que um número elevado de pessoas na mesma casa pode ter um efeito negativo na saúde, no meio ambiente e até no desempenho escolar das crianças. Relativamente ao impacto deste número elevado de pessoas na mesma casa no caso de pessoas adultas, Wilk et al., (2024) indicam que a sobrelotação do local de habitação está ligada a diagnósticos de doença mental séria e a depressão em adultos. Por outro lado, e considerando que no domínio das relações sociais se verifica uma correlação positiva estatisticamente significativa com o número de pessoas que vivem na mesma casa, tal pode sugerir que, no presente estudo, o número de habitantes na mesma casa está relacionado positivamente com a perceção de apoio social. Uma vez que o domínio das relações sociais inclui o apoio social e as relações pessoais, Fernandez-Portero et al., (2023) demonstram que no caso de pessoas com mais de 65 anos que vivem com familiares ou sozinhas, a coabitação com familiares está associada a melhor integração social, bem-estar e sentimentos de felicidade do que viver sozinho. No entanto, num estudo realizado por Bolina et al., (2021) com uma amostra

composta por 796 pessoas mais velhas a residir na comunidade, verificou-se que as pessoas que vivem apenas com o cônjuge apresentaram melhor qualidade de vida em quase todos os domínios, inclusive no domínio de relações sociais, em comparação com as pessoas que habitam com filhos, vivem sozinhas, ou outras situações.

Em relação às diferenças na percepção de qualidade de vida em função da situação face ao emprego, verifica-se que na faceta geral são os indivíduos empregados que demonstram uma pontuação média mais alta, seguidos dos desempregados, estudantes e, por último, dos reformados. Sobre este assunto, Jahoda (1982) referiu que o emprego não só fornece ajuda financeira, mas também identidade social, relações sociais e sentido de utilidade, o que contribui para uma melhor qualidade de vida. Num estudo realizado por Cachapa (2007) com pessoas em situação de desemprego observou-se que a situação face ao emprego não só influencia a qualidade de vida, mas também a satisfação com a vida, o stress e os recursos emocionais. Mais recentemente, Oliveira (2016), num estudo com jovens portugueses desempregados, percebeu que o desemprego jovem afeta de forma negativa o bem-estar subjetivo, a qualidade de vida e aumenta a vulnerabilidade ao stress. Também Veloso et al., (2024), com uma amostra constituída com pessoas inseridas no mercado de trabalho, refletiram sobre as relações de emprego e a qualidade de vida e bem-estar no trabalho. Nesta reflexão, os autores expressam a importância não só de uma boa remuneração e benefícios sociais ou condições de trabalho adequadas, mas também de um ambiente de trabalho acolhedor, assim como respeito e diálogo entre trabalhadores e empregadores e valores claros para uma boa qualidade de vida.

Relativamente às diferenças na percepção da qualidade de vida em função da saúde física e mental, verificam-se no grupo de jovens adultos, na faceta geral, no domínio físico, no domínio psicológico e no domínio ambiental, associações positivas estatisticamente significativas com a saúde física e mental. No que concerne ao domínio das relações sociais neste grupo etário, verificam-se apenas associações estatisticamente significativas na saúde mental. No grupo dos adultos verificam-se associações positivas estatisticamente significativas na faceta geral, no domínio psicológico e domínio ambiental face à saúde física e mental. No domínio físico, verifica-se uma correlação positiva estatisticamente significativa apenas com a saúde física. Já no domínio das relações sociais, verifica-se apenas uma associação estatisticamente significativa com a saúde mental. Por fim, no grupo dos adultos mais velhos, observam-se correlações positivas estatisticamente significativas na faceta geral, no domínio físico, no domínio psicológico, no domínio das relações sociais e no domínio ambiental face à saúde física e mental.

Assim, os resultados relativos à faceta geral da qualidade de vida sugerem que nos três grupos etários, os participantes que avaliam a sua qualidade de vida mais positivamente

também têm uma percepção mais positiva da sua saúde física e mental. Por sua vez, os resultados por parte do grupo de jovens adultos e adultos mais velhos face ao domínio físico, sugerem que os indivíduos destes grupos etários que possuem melhor percepção de qualidade de vida a nível físico avaliam melhor a sua saúde física e mental. Relativamente ao domínio psicológico, os participantes dos três grupos etários que apresentam melhor percepção de qualidade de vida a nível psicológico também apresentam melhor percepção de saúde física e mental. No que concerne ao domínio das relações sociais, o grupo dos adultos mais velhos apresenta melhor percepção de qualidade de vida e também melhor percepção da sua saúde física e mental. Por fim, os resultados relacionados com o domínio ambiental sugerem que os participantes que percebem uma melhor qualidade de vida em termos de segurança física, ambiente no lar, recursos económicos, cuidados de saúde e sociais, hipóteses de obter novas competências, participação de lazer e recreio, ambiente físico e transporte também apresentam melhor percepção de saúde física e mental.

A investigação sobre este assunto tem, no entanto, sugerido que à medida que a idade avança há um declínio na autoavaliação de saúde. No estudo realizado por Daniel et al., (2018) com pessoas mais velhas, tanto a saúde física como a mental tendem a deteriorar-se com a idade, sendo que o autor reforça a ideia de que a percepção da própria saúde física se degrada mais visivelmente com a idade. Também Ferreira e Santana (2003), com uma amostra composta por pessoas com idades entre os 18 e os 64 anos, concluiu que a idade está associada de forma negativa com dimensões como a saúde física, saúde geral e a vitalidade, o que indica que com o passar dos anos as percepções destas componentes físicas vão piorando. Ainda na mesma linha, Etxeberria et al., (2019) realizaram um estudo com indivíduos agrupados em dois grupos, *“young old”* (65-84 anos) e *“oldest-old”* (85 ou mais anos), onde se observou que os participantes mais velhos apresentaram pontuações mais baixas tanto na saúde física como na mental. Em 2022, Kohn et al., verificaram, a partir de um estudo realizado com três grupos, adultos (40-59 anos), *“younger-old”* (60-79 anos) e *“older-old”* (80 ou mais anos), que os participantes apresentavam um aumento no bem-estar a partir da meia-idade até atingirem a faixa etária dos *“younger-old”* e voltava a decrescer de forma moderada com a entrada nos *“older-old”*.

Puvill et al., (2016) afirmam que o bem-estar, assim como a satisfação com a vida em idades avançadas podem ser mais fortemente influenciadas pela saúde mental do que pela saúde física, o que pode estar relacionado com a ideia de que pessoas mais velhas apresentam uma adaptação (*“adaptation”* ou *“resilience”*) às expectativas, como por exemplo, aceitar as limitações que surgem com o passar dos anos, focar mais nas capacidades que ainda apresentam do que nas que perdeu, o que de certa forma permite uma preservação da satisfação com a vida

mesmo face a declínios a nível físico (Baltes & Baltes, 1990). Esta interpretação pode, por isso, ajudar a compreender os resultados obtidos na presente investigação.

Em relação à caracterização das imagens da velhice, os jovens adultos pontuam mais elevado no fator dependência, tristeza e antiquado, os adultos no fator maturidade, atividade e afetividade e os adultos mais velhos no fator incompetência relacional e cognitiva, tendo-se registado diferenças significativas nos fatores dependência, tristeza e antiquado e incompetência relacional e cognitiva. No fator dependência, tristeza e antiquado, os jovens adultos apresentaram pontuações significativamente mais elevadas do que os adultos mais velhos e no fator incompetência relacional e cognitiva os adultos mais velhos apresentaram pontuações significativamente mais elevadas do que jovens adultos. Estes resultados parecem ir ao encontro de estudos realizados anteriormente com amostras com características idênticas, como é o caso de Leitão (2024) que no grupo de jovens, também verificou o fator dependência, tristeza e antiquado como o fator com média mais alta e o fator incompetência relacional e cognitiva com pontuação média mais baixa. Também Pinto (2012), num estudo sobre as imagens do envelhecimento em estudantes de medicina, com idades compreendidas entre os 18 e os 34 anos, concluiu que o fator dependência, tristeza e antiquado apresenta uma pontuação média mais elevada e o fator incompetência relacional e cognitiva uma pontuação média mais reduzida. Por sua vez, Cerqueira (2010), com uma amostra com idades entre os 33 e os 47 anos, observou que a pontuação média mais elevada se verificou no fator dependência, tristeza e antiquado e a mais baixa no fator incompetência relacional e cognitiva. No caso dos adultos mais velhos, também Leitão (2024) registou a mesma tendência.

Analisando as diferenças estatisticamente significativas entre os diferentes grupos etários observa-se que os jovens adultos apresentaram um valor médio mais elevado do que os adultos mais velhos no fator dependência, tristeza e antiquado. Tal significa que a amostra mais jovem deste estudo apresenta imagens negativas da velhice e envelhecimento, o que pode estar relacionado com a exposição, ao longo da vida, a ações e interações idadistas que acabaram por ser internalizadas (OMS, 2021). De acordo com Carette (2002), quando se fala de idadismo dirigido a pessoas mais velhas refere-se à “obsessão pelo limite da idade” (p. 26), ou seja, o idadismo “configura uma metonímia da incapacitação, como se o desgaste ou redução da funcionalidade ou mesmo da memória fizessem com que alguém se torne incapaz para a vida como um todo ou como se a pessoa toda se tornasse incapaz” (p. 4).

Os jovens adultos e os adultos apresentam diferenças estatisticamente significativas no fator incompetência relacional e cognitiva quando comparados com os adultos mais velhos. O que se traduz para o grupo etário mais velho apresentar maior número de ideias e imagens do envelhecimento ligados à incompetência e homogeneidade. Este tipo de resultados assemelha-

se a Gonçalves (2010), onde uma amostra composta por pessoas mais velhas apresentou uma percepção da velhice negativa, ao atribuir imagens e estereótipos de tristeza, dependência, incompetência, doença e inutilidade a essa fase da vida. Jardim et al., (2019), num estudo com 10 indivíduos com idades entre os 60 e os 85 anos, verificaram que os participantes associavam a velhice e o processo de envelhecimento ao surgimento de doenças, perda e incapacidade. Schneider (2004) assinala que, quando comparado um grupo de pessoas mais velhas com faixas etárias mais novas, este apresenta representações mais complexas relativamente a estereótipos sobre o envelhecimento. Gonçalves (2010) acredita que muitas vezes as ideias e estereótipos que a sociedade associa à velhice e ao processo de envelhecimento condicionam a forma como a própria pessoa mais velha vê a fase da vida em que se encontra, acabando por atribuir a si e ao seu percurso as mesmas características negativas genéricas que a sociedade atribui ao ser velho. De acordo com Sousa et al., (2008), em anteriores investigações, jovens e adultos tendem a apresentar imagens de velhice e envelhecimento predominantemente negativas, o que pode estar relacionado com as ideias e estereótipos entranhados na sociedade. Apesar de a mesma se encontrar envelhecida, são a juventude e a produtividade o que se valoriza.

Ao proceder-se à análise das imagens da velhice em função do género, consegue-se perceber que não se verificam diferenças estatisticamente significativas em nenhum dos fatores, ainda que nos fatores dependência, tristeza e antiquado e incompetência relacional e cognitiva os homens apresentem uma pontuação média mais elevada do que as mulheres. No fator maturidade, atividade e afetividade, o único com uma leitura positiva, as mulheres apresentam uma pontuação mais elevada do que os homens. A partir destes dados é possível constatar que, no presente estudo, os homens relacionam o ser mais velho a perdas, incompetência e dependência, enquanto as mulheres apresentam uma relação mais positiva, atribuindo à pessoa mais velha características como sabedoria, maturidade e carinho. Num estudo realizado por Vicente e Afonso (2012), os homens também pontuaram mais alto nos fatores dependência, tristeza e antiquado e incompetência relacional e cognitiva e as mulheres no fator maturidade, atividade e afetividade. Assim, e como refere Bodner et al., (2012) numa visão mais ampla sobre o assunto em questão, pode assumir-se que os homens demonstram mais atitudes idadistas perante a velhice, do que as mulheres.

No que concerne à variável escolaridade, no fator incompetência relacional e cognitiva o grupo de jovens adultos apresenta uma correlação positiva estatisticamente significativa e no caso dos adultos verifica-se uma correlação negativa estatisticamente significativa. No fator maturidade, atividade e afetividade, verifica-se uma correlação positiva estatisticamente significativa no grupo dos adultos. Sendo assim, os jovens adultos que possuem níveis mais elevados de escolaridade são aqueles que demonstram maior número de imagens e

estereótipos de incompetência a nível relacional e cognitivo associados às pessoas mais velhas, os adultos que apresentam menor escolaridade são os que associam a velhice a maior incompetência relacional e cognitiva e os que apresentam mais escolaridade são os que demonstram maior número de imagens de maturidade, atividade e afetividade associada às pessoas mais velhas.

Assim, é possível concluir que o nível de escolaridade de um indivíduo influencia a forma como este vê o processo de envelhecimento e a velhice. Segundo Marín et al., (2001), a investigação demonstra o predomínio, durante várias décadas, de uma imagem negativa sobre o envelhecimento e as pessoas mais velhas, crenças erradas que surgem habitualmente da falta de conhecimento sobre o processo de envelhecimento. Num estudo realizado por Levy (2009), a autora refere que pessoas com um nível mais elevado de escolaridade estão mais expostas a informações verídicas e diversificadas, como pode ser o caso de informações relacionadas com o envelhecimento, enquanto pessoas com menos escolaridade podem ter menos acesso a esse tipo de informações, o que resulta num desconhecimento dos factos e numa maior vulnerabilidade para com mitos e preconceitos sobre a velhice. Em 2011, Fernández-Ballesteros et al., mencionou que maior escolaridade se encontra associada à existência de perceções da velhice, envelhecimento e pessoas mais velhas mais positivas. Os autores destacaram ainda que o conhecimento adquirido através da educação permitiria uma maior compreensão dos processos biológicos, psicológicos e sociais que ocorrem com o processo de envelhecimento, contribuindo dessa forma para uma visão mais completa e menos pessimista.

Ao proceder-se à análise das questões específicas do idadismo, verifica-se que os itens mais mencionados pelas três faixas etárias, foram “A idade é um fator que condiciona o desempenho de algumas atividades”, “Mesmo não solicitando ajuda, os idosos devem ser ajudados” e “As pessoas mais velhas sofrem mais discriminação do que as pessoas mais jovens”, o que sugere a existência de alguns estereótipos negativos relativamente à velhice e às pessoas mais velhas. Com efeito, a investigação mostra de forma clara que, apesar de se registarem mudanças com o passar do tempo, as pessoas mais velhas continuam a ser capazes de contribuir de forma significativa para a sociedade (Lima, 2010). Rosa (2012) refere aliás que não existe fundamento científico que comprove que a faixa etária das pessoas mais velhas é menos produtiva. Num estudo realizado por Igarashi et al., (2024) sobre pessoas da comunidade oferecerem ajudar de forma espontânea a pessoas mais velhas, observou-se que 40% dos participantes relatou ter prestado ajuda de forma espontânea a pessoas mais velhas no passado, tendo essas ajudas sido relacionadas com o conhecimento dos mesmos sobre demência, recursos comunitários e sentido de comunidade. Por fim, no que se refere à perceção de que a discriminação por idade é mais frequente com pessoas mais velhas, a Organização das Nações

Unidas (2022) assinala que a discriminação por idade atinge tanto os jovens como as pessoas mais velhas. Por sua vez, o *English Longitudinal Study of Ageing* (Rippon et al., 2013) indicou que cerca de 33% das pessoas com 52 ou mais anos relatam terem sido vítimas de discriminação com base na idade e 37% das pessoas com idade entre os 70 e os 79 anos de idade. Em Portugal, o idadismo parece, de facto, manifestar-se sobretudo nas pessoas mais velhas, já que 20,8% das pessoas com idades entre os 65-79 anos e 31,6% das pessoas com 80 ou mais anos relataram terem sido vítimas de ações idadistas (Marques, 2011).

No presente estudo, ao analisar as perceções da amostra sobre situações idadistas, consta-se que 10,1% já presenciou ou esteve envolvido em situações de discriminação com base na idade, sendo que o grupo de jovens adultos foi o que relatou uma maior percentagem, 15,1%. Quando questionados se as pessoas mais velhas deixam de ter competências para desempenhar atividades profissionais, 16,4% da amostra acredita que sim, o que vai ao encontro do trabalho ser apresentado como o contexto onde existe mais preconceito baseado na idade (59,1%). Esta tendência está alinhada com a investigação no domínio, na medida em que Levy (2009) afirma que o preconceito com a idade não é apenas comum, mas estrutural no contexto de trabalho. A investigadora acrescenta que os estereótipos negativos que vamos ouvindo ao longo da vida também afetam a autoperceção dos próprios trabalhadores mais velhos, tornando a discriminação para com a idade particularmente difícil de combater.

Sobre este contexto, Barkov et al., (2022) verificaram que os recursos humanos das empresas tendem a reconhecer as capacidades dos trabalhadores mais velhos, no entanto não procedem à sua contratação, argumentando que as empresas possuem políticas para contratação de pessoas mais jovens. Também Marques (2011) assinala que o idadismo se manifesta mais frequentemente no mercado de trabalho, nos processos de contratação, nas promoções e na manutenção do emprego. Fournier et al., (2018) acrescentam ainda o processo de reintegração no mercado de trabalho, já que a procura de emprego após a perda de uma atividade profissional depois dos 45 anos é especialmente desafiante. Thomassen et al., (2022) reforça ainda mais a importância da reintegração no mercado de trabalho referindo que indivíduos com idades entre os 60 e os 63 anos apresentam 64% menos hipóteses de conseguirem voltar ao mercado de trabalho.

Relativamente aos tipos de discriminação referidos pelos diferentes grupos etários, os jovens adultos mencionaram uma maior quantidade de vezes a incapacidade (15,1%) e infantilização (5,7%). De acordo com Amlak et al., (2025), a incapacidade funcional em pessoas mais velhas refere-se a dificuldades no desempenho de atividades diárias, relacionadas à existência de comprometimentos físicos, cognitivos ou sensoriais. Já Takele (2024) define incapacidade como dificuldade ou dependência na realização de atividades essenciais para uma

vida independente. Neste sentido, a existência de estereótipos negativos dirigidos à população mais velha, pode conduzir a situações de gerontofobia ou de infantilização. Esta infantilização acontece a partir da ideia de que a velhice corresponde a uma segunda infância e resulta por vezes na oferta excessiva de ajuda, falar e/ou dirigir-se às pessoas mais velhas usando diminutivos e desrespeitando as suas opiniões e decisões (Castro et al., 2020).

No que concerne ao grupo de adultos mais velhos, estes destacam “falta de respeito por parte de outras gerações”. Numa investigação recente, Cunha (2023) avaliou 53 estudantes de Universidades Sénior sobre as principais fontes de discriminação em função da idade, sendo que mais de metade dos participantes (59,6%) assinalou o desrespeito. Por sua vez, quando questionados sobre as principais características associadas aos adultos mais velhos, 49,1% assinalaram a experiência e 32,1% a sabedoria.

Em relação às estratégias para combater o idadismo apresentadas pelos participantes, o grupo de jovens adultos salientou as campanhas de sensibilização/campanhas publicitárias (26,3%) e a educação sobre o envelhecimento e a velhice (13,2%) como as duas estratégias mais capazes. De referir que 3,8% deste grupo considera não ser possível combater este tipo de preconceito. O grupo de adultos destacou também a educação sobre o envelhecimento e a velhice (20%) e as ações intergeracionais (16%) como estratégias a adotar, ainda que 4% deste grupo não acredite ser possível combater o idadismo. No caso do grupo de pessoas mais velhas foi salientado o demonstrar apoio para com as pessoas mais velhas (8,9%) e a partilha de conhecimentos com a sociedade (7,1%). Neste grupo, 1,8% não acredita ser possível combater este tipo de preconceito. Tais resultados estão alinhados com a investigação no domínio, uma vez que um estudo realizado por Lytle e Levy (2019) com estudantes universitários e pessoas a residir na comunidade com idades compreendidas entre os 18 e os 59 anos, demonstrou que a educação sobre o processo de envelhecimento e pessoas mais velhas, juntamente com atividades intergeracionais e a partilha de conhecimento com gerações mais novas, reduziu as atitudes negativas apresentadas pelos participantes. Na mesma linha, num estudo realizado por San-Martín-Gamboa et al., (2023) com estudantes de enfermagem foram utilizados momentos de educação/formação sobre o processo de envelhecimento e as pessoas mais velhas, bem como prática clínica em ERPIS. Os resultados do estudo sugerem uma redução dos estereótipos e preconceitos para com as pessoas mais velhas. Por fim, também numa revisão sistemática que incluiu 63 estudos realizados entre 1976 e 2018, se verificou que estratégias/intervenções combinadas de educação sobre o processo de envelhecimento e a pessoa mais velha juntamente com atividades intergeracionais promoveram um maior conhecimento, conforto e atitudes mais positivas em relação às pessoas mais velhas, principalmente em adolescentes e jovens adultos (Burnes et al., 2019).

Por fim, no que se refere à associação entre qualidade de vida e as imagens da velhice por grupo etário, no fator dependência, verificaram-se associações negativas significativas do ponto de vista estatístico no domínio físico, psicológico e ambiente no grupo dos adultos mais velhos. Também Leitão (2024) com uma amostra dividida em dois grupos etários (jovens e adultos mais velhos), verificou correlações negativas estatisticamente significativas nos domínios físico, psicológico, relações sociais e ambiente. No que diz respeito ao fator incompetência relacional e cognitiva, no grupo dos adultos verifica-se uma correlação negativa estatisticamente significativa no domínio físico e no caso dos adultos mais velhos, observam-se correlações negativas estatisticamente significativas no domínio físico, psicológico, relações sociais e ambiente. No estudo de Leitão (2024), foram identificadas correlações negativas estatisticamente significativas na faceta geral da qualidade de vida e uma correlação negativa marginalmente significativa relativamente ao domínio ambiente, no caso dos jovens. No grupo dos adultos mais velhos, a autora observou correlações negativas estatisticamente significativas nos domínios físico, psicológico, das relações sociais e ambiente, o que se assemelha aos resultados do presente estudo. Esta associação sugere que os participantes destes grupos etários que pontuam mais alto no fator “incompetência relacional e cognitiva” e que, portanto, associam o envelhecimento a uma diminuição do desempenho ao nível cognitivo e a comportamentos sociais desajustados. Possuem uma percepção mais negativa do seu bem-estar. Assim, concepções idadistas parecem estar associadas a pior qualidade de vida, o que reforça o que a investigação tem demonstrado sobre este assunto.

Por fim, relativamente ao fator maturidade, atividade e afetividade, no caso dos jovens adultos, verificaram-se correlações positivas estatisticamente significativas na faceta geral da qualidade de vida, no domínio psicológico, relações sociais e ambiente. No grupo dos adultos, verifica-se apenas uma correlação positiva estatisticamente significativa no domínio físico e no grupo dos adultos mais velhos, também se verificam correlações positivas estatisticamente significativas no domínio psicológico e das relações sociais. Leitão (2024) obteve resultados que indicavam que no fator maturidade, atividade e afetividade” o grupo de jovens demonstrava uma correlação positiva estatisticamente significativa relativamente à faceta geral da qualidade de vida, o domínio psicológico, relações sociais e ambiente, além de uma correlação positiva marginalmente significativa face ao domínio físico. No caso do grupo de pessoas mais velhas, demonstraram uma correlação positiva marginalmente significativa entre este fator e o domínio das relações sociais.

Assim, esta associação positiva e estatisticamente significativa entre o fator maturidade, atividade e afetividade e os diferentes domínios do WHOQOL-bref pode sugerir que os participantes que veem a velhice como uma fase de crescimento pessoal, participação ativa e

afeto, têm representações mais positivas do envelhecimento e tal parece funcionar como um recurso adaptativo que contribui para uma percepção mais favorável da qualidade de vida. A valorização da velhice como uma etapa ativa associa-se a uma maior propensão para a adoção de comportamentos promotores de saúde e manutenção da autonomia funcional e tal pode ajustar a explicar as associações positivas estatisticamente significativas nos grupos etários analisados, em particular nos domínios físicos e do ambiente. Da mesma forma, a ênfase na maturidade e no afeto potencia sentimentos de autoestima, satisfação pessoal e sentido de continuidade, atenuando o impacto de eventuais perdas associadas à idade e contribuindo para uma percepção mais positiva dos domínios psicológico e das relações sociais. Deste modo, a associação encontrada sugere que uma percepção positiva do envelhecimento, pautada por maturidade, atividade e afetividade, está intrinsecamente ligada a uma experiência mais satisfatória e integrada da qualidade de vida, evidenciando o papel protetor das representações sociais positivas nesta fase do ciclo vital. Esta associação reforça a tendência da investigação no domínio (e.g., Low et al., 2013; Organização Pan-Americana da Saúde, 2022; Zhao et al., 2017).

Além disso, e procurando analisar os resultados obtidos à luz da perspectiva de curso de vida é possível afirmar que como esta enfatiza que o envelhecimento deve ser entendido apenas como o resultado de uma trajetória cumulativa de experiências, recursos e estratégias de adaptação ao longo do tempo, as representações mais positivas do envelhecimento — como as que valorizam maturidade, atividade e afetividade — não surgem isoladamente na velhice, mas são fruto de percursos de vida marcados por aprendizagens, papéis sociais e relações significativas. Dito de outro modo, a associação encontrada pode ser interpretada como reflexo de trajetórias individuais e sociais que se constroem ao longo do tempo e que influenciam a forma como o envelhecimento é experienciado. Assim, uma percepção positiva da velhice resulta provavelmente de um processo de desenvolvimento, em que recursos psicológicos, sociais e relacionais previamente adquiridos contribuem para uma adaptação mais satisfatória à medida que se envelhece, e inclusivamente na velhice. As representações sociais positivas do envelhecimento funcionam como mecanismos protetores que reforçam a integração nas diferentes esferas da vida, favorecendo, consequentemente, uma percepção mais positiva de bem-estar e qualidade de vida.

Em suma, os dados obtidos no presente estudo permitem concluir que o idadismo permanece uma realidade transversal, afetando a forma como as pessoas e a sociedade percebem o processo de envelhecimento e a velhice, com consequências diretas na qualidade de vida e bem-estar. A construção social do envelhecimento, marcada por vezes por imagens negativas e por vezes estigmatizadas, torna urgente a mudança de paradigma no

sentido de uma cultura de valorização da velhice e do envelhecimento, nomeadamente através de políticas públicas, educação intergeracional e programas comunitários.

Este aspeto reforça a importância, tal como referido pelos participantes do presente estudo, da adoção de estratégias como campanhas de sensibilização/campanhas publicitárias, educação/formação sobre o envelhecimento e a longevidade, ações intergeracionais e de valorização do percurso de vida e experiência das pessoas mais velhas. Estas estratégias, assim como outras como o investimento em políticas públicas, campanhas de educação intergeracional e ações de sensibilização que contribuam para o combate ao idadismo, podem contribuir também para diminuir as imagens negativas relacionadas com a velhice e o processo de envelhecimento, frequentemente estereotipadas e baseadas no desconhecimento sobre este processo e, em última análise, potenciar a qualidade de vida e bem-estar à medida que as pessoas envelhecem.

Conclusão

O envelhecimento é um processo biológico, psicológico e social inevitável, mas profundamente influenciado pelo contexto cultural e pelas construções sociais da velhice (Cerqueira, 2010). Com o decorrer deste estudo, foi possível perceber que, mais do que um fenómeno natural, envelhecer é também uma experiência moldada por discursos sociais, políticas públicas e, sobretudo, por atitudes coletivas relacionadas com a idade. Diversos investigadores têm procurado contribuir para a compreensão do envelhecimento como uma etapa de vida cheia de possibilidades, e não apenas como um processo de declínio físico e mental. Autores como Robert Butler (1969), que apresentou o termo idadismo, já abordavam há décadas os efeitos negativos que a presença de estereótipos associados à velhice apresentava para pessoas mais velhas. Mais recentemente, Levy (2002) demonstrou inclusivamente que indivíduos expostos a representações positivas da velhice vivem, em média, 7,5 anos a mais do que aqueles que possuem perceções negativas, reforçando a ideia de que o preconceito etário não é apenas uma questão simbólica ou moral, mas um fator com impactos reais na saúde, bem-estar e longevidade das pessoas mais velhas. Esta ideia foi igualmente reforçada, como referido acima, pela Organização Pan-Americana da Saúde (2022).

A investigação tem demonstrado também que este tipo de preconceito, sobretudo quando dirigido à população mais velha, é na sua maioria negativo, podendo levar a limitações no reconhecimento de capacidades e até à sua individualidade. Segundo Paltrow (1999) são nove os estereótipos que representam o preconceito negativo dirigido às pessoas mais velhas:

a doença, o declínio mental, o sentimento de inutilidade, o isolamento, a impotência sexual, a fealdade, a pobreza e a depressão. Essas percepções negativas contribuem de forma direta para a construção e consolidação de preconceitos, estereótipos negativos e discriminação contra pessoas mais velhas que se repercutem na forma como se pensa, sente e age para com as pessoas mais velhas, mas também na forma como os próprios indivíduos mais velhos veem e experienciam o processo de envelhecimento e a velhice (Marques, 2011).

O presente estudo teve como objetivo principal identificar estereótipos associados ao envelhecimento e analisar a relação entre idadeismo e qualidade de vida em jovens adultos, adultos e adultos mais velhos. Através de uma abordagem quantitativa, não experimental e de natureza transversal, procurou-se aprofundar o conhecimento sobre as percepções intergeracionais do envelhecimento, bem como explorar a forma como as imagens da velhice e o idadeismo se relacionam com a percepção de qualidade de vida ao longo do curso de vida. Os resultados obtidos, grosso modo, evidenciaram a presença de estereótipos negativos associados à velhice, especialmente entre os jovens adultos, que atribuíram pontuações mais elevadas ao fator dependência, tristeza e antiquado (que inclui itens relacionados com a doença e a perda de capacidades físicas, dependência, tristeza e solidão). Ainda assim, o fator que pontuou mais algo, logo de seguida, foi o da maturidade, atividade e afetividade, que se refere à velhice como uma fase de maturidade, atividade e afetividade. No caso dos adultos, foi precisamente este fator o mais valorizado, pelo que estes dados sugerem a existência de uma imagem negativa da velhice, associando-a à perda de capacidades e à inutilidade social, ainda que uma parte considerável da amostra possua já uma visão mais positiva da velhice e do processo de envelhecimento. Todavia, no caso dos adultos mais velhos, parecem associar a velhice a uma diminuição do desempenho ao nível cognitivo e a comportamentos sociais desajustados uma vez que pontuaram mais alto no fator incompetência relacional e cognitiva, o que indica uma possível interiorização de estereótipos negativos relacionados com a idade.

O presente estudo permitiu, ainda, reforçar um aspeto muito importante na medida em que se verificou uma tendência de associação entre estereótipos negativos da velhice e níveis mais baixos de qualidade de vida, particularmente entre os adultos mais velhos. Observou-se ainda que quanto mais elevadas as imagens de incompetência relacional e cognitiva ou de dependência e tristeza, menor a percepção de bem-estar nos domínios físico, psicológico, social e ambiental da qualidade de vida. Esta associação negativa foi especialmente marcada nos adultos mais velhos, sugerindo que o idadeismo pode ter um impacto real e mensurável na percepção do bem-estar nesta faixa etária.

Importa ainda destacar que a escolaridade desempenha um papel moderador relevante pois no caso dos adultos e adultos mais velhos, escolaridade mais elevada associa-se a imagens

mais positivas da velhice e uma melhor percepção de qualidade de vida, especialmente nos domínios físico e ambiental.

No que diz respeito à saúde, a percepção positiva da saúde física e mental revelou-se um preditor robusto de melhor qualidade de vida em todos os grupos etários, o que reforça a importância de uma abordagem integrada que promova o envelhecimento saudável e ativo.

Outro aspeto relevante prende-se com a percepção de idadismo em diferentes contextos. A maioria dos participantes identificou o trabalho, as redes sociais e a publicidade como os principais espaços onde ocorre discriminação com base na idade, reforçando a necessidade de intervenção nestes contextos. As estratégias sugeridas para combater o idadismo incluíram, com maior frequência, campanhas de sensibilização, ações intergeracionais e educação para o envelhecimento, soluções que coincidem com as recomendações internacionais no âmbito do combate ao idadismo (WHO, 2021).

Em suma, os dados obtidos permitem concluir que a discriminação por idade se mantém, em todos os grupos etários, e que afeta a forma como a velhice é percecionada e vivida, com consequências diretas na qualidade de vida e bem-estar, sobretudo nos adultos mais velhos. Assim, esta construção social do envelhecimento, marcada por vezes por imagens negativas e estigmatizadas, continua a influenciar o modo como se vive e envelhece. Por isso, considera-se fundamental investir cultura que valorize a velhice e o processo de envelhecimento e empodere as pessoas mais velhas, sendo que para tal são fundamentais políticas públicas de combate ao idadismo e promoção do envelhecimento digno, e saudável. É também muito importante a criação de condições para ações de formação/educação intergeracional e de programas comunitários com um carácter intergeracional.

Limitações do estudo e recomendações para futuras investigações

Este estudo, apesar das suas contribuições para a investigação no domínio, apresenta algumas limitações, nomeadamente a utilização de uma amostragem por conveniência que condiciona a generalização dos resultados à população. Além disso, todos os participantes residem no norte do país (mais especificamente, nos distritos de Braga, Viana do Castelo e Porto), o que reduz a representatividade de outras zonas do país e pode, de alguma forma, condicionar igualmente a generalização dos resultados obtidos. No caso particular das pessoas mais velhas, o facto de este grupo frequentar universidades sénior poderá ter influenciado positivamente a percepção da sua qualidade de vida e eventualmente as imagens da velhice.

Ao se tratar de um estudo transversal, os dados recolhidos representam um único momento temporal, o que impossibilita a identificação de mudanças ao longo do tempo. Tal seria muito interessante para ser possível perceber o modo como as percepções da velhice e do processo de envelhecimento mudam ao longo do curso de vida.

Dessa forma, futuras investigações poderão beneficiar da inclusão de participantes de diferentes regiões do país, com diferentes níveis socioeconómicos, formações académicas, contextos profissionais e realidades culturais, de forma a garantir uma maior representatividade na amostra. Além disso, a realização de estudos longitudinais possibilitaria observar a evolução nas percepções relacionadas com o envelhecimento, idadismo e qualidade de vida ao longo do tempo. Por fim, uma outra possibilidade interessante é a integração de métodos qualitativos, recorrendo à realização de entrevistas ou *focus group*, proporcionando uma compreensão mais profunda e contextualizada das percepções e experiências relacionadas com a velhice e idadismo.

Assim, este estudo, apesar dos constrangimentos inerentes a um período de tempo limitado para a realização da investigação, contribuiu para reforçar uma tendência da investigação muito relevante para a gerontologia social: o idadismo tem uma relação clara com a percepção de bem-estar e qualidade de vida. Trata-se de um tema que é ainda relativamente recente e pouco desenvolvido em Portugal, sobretudo se se considerar uma abordagem ao longo da vida adulta, pelo que contribui de certa forma para preencher uma lacuna significativa na investigação nacional. Dito de outro modo, como se trata de um estudo que procurou incluir participantes de diferentes faixas etárias (jovens adultos, adultos e adultos mais velhos), tal possibilitou uma análise comparativa e evolutiva das percepções e atitudes face ao envelhecimento, o que é particularmente relevante para a compreensão do desenvolvimento do idadismo ao longo do curso de vida. Além disso, a articulação entre percepções sobre a velhice, idadismo e qualidade de vida permite uma compreensão mais ampla e profunda das dinâmicas sociais associadas ao envelhecimento.

Desta forma, ao dar visibilidade a este fenómeno social, muitas vezes desvalorizado, este estudo procura contribuir para o reconhecimento do idadismo como uma forma de discriminação que tem uma relação muito próxima com a saúde mental, as relações sociais e a percepção de bem-estar e qualidade de vida, ao longo do curso de vida. Os resultados obtidos são, portanto, muito úteis para dar forma políticas públicas, programas de educação/formação, ações intergeracionais ou campanhas de sensibilização que procurem combater o idadismo, promover o envelhecimento ativo e melhorar a qualidade de vida de todas as fases da vida adulta – alinhados inclusivamente com as metas da década do Envelhecimento Saudável 2021-2030 (WHO, 2021): a) mudar a forma como pensamos, agimos e atuamos sobre o envelhecimento através do combate à discriminação etária e idadismo; b) promover

comunidades que apoiam as pessoas mais velhas através da criação de ambientes amigáveis e acessíveis que permitam a sua participação e contribuição; c) garantir cuidados de saúde e sociais integrados através de serviços de saúde primários e sociais centrados na pessoa; e d) garantir o acesso a cuidados de longa duração através da criação de serviços sustentáveis e equitativos.

Referências Bibliográficas

- Abdala, G. A., Kimura, M., Duarte, Y. A. de O., Lebrão, M. L., & Santos, B. dos. (2015). Religiosidade e qualidade de vida relacionada à saúde do idoso. *Revista de Saúde Pública*, 49, 55. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049005416>
- Afonso, F. (2023). *A dimensão social do trabalho comunitário em saúde* [Dissertação de Mestrado]. Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Repositório IPVC.
- Afonso, F. F. (2021). *Envelhecimento, qualidade de vida e bem-estar na vida diária: Um estudo sobre iniciativas de base comunitária* [Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Escola Superior de Educação]. Repositório do Instituto Politécnico de Viana do Castelo.
- Albuquerque, C., & Luz, H. (2016). Políticas Sociais em Tempos de Crise. Editora: PACTOR. ISBN: 978-989-693-059-2.
- Albuquerque, G. A., Lucena Aguiar Ferreira, R. G., Walter de Aguiar, A. S., Lima Barbosa Campelo, I., Socorro de Araújo Dias, M., Fernandes Vieira-Meyer, A. P. G. F. (2025). Trabalho, saúde mental, qualidade de vida e suporte social de agentes comunitários de saúde durante e pós-pandemia de COVID-19 sob o recorte de género. *Cadernos de Saúde Pública*, 41(6), e00168824. <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT168824>
- Amlak, B. T., Getinet, M., Getie, A., Kebede, W. M., Tarekegn, T. T., Belay, D. G., ... & Abate, B. A. (2025). Functional disability in basic and instrumental activities of daily living among older adults globally: A systematic review and meta-analysis. *BMC Geriatrics*, 25, 413. <https://doi.org/10.1186/s12877-025-06056-8>
- Amorim, D., Silveira, C., Alves, V., Faleiros, V., & Vilaça, K. (2017). Associação da religiosidade com a capacidade funcional dos idosos: uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Geriatria & Gerontologia*, 20(5), 727-735. <https://doi.org/10.1590/1981-22562017020.170088>
- Andujar, A. M. (2006). *Modelo de Qualidade de Vida dentro dos domínios bio-psicosocial para aposentados* [Dissertação de mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina]. Florianópolis.
- Antunes, J. M. F. (2019). *Qualidade de Vida do Idoso Institucionalizado em Lar na Cidade de Castelo Branco*. [Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Viseu]. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Viseu. https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/5647/1/JoaoManuelFernandesAntunes_RelatorioFinal.pdf
- Association of Gerontology in Higher Education [AGHE]. (2014). Gerontology Competencies for Undergraduate & Graduate Education. <https://www.csus.edu/academic-affairs/programassessment/internal/documents/1415%20Report%20PDFs%20by%20clge/2014-15-gerontology-ba-app.b.pdf>
- 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.
- Barkov, S. A., Markeeva, A. V., & Kolodeznikova, I. V. (2022). Employment of the elderly: Social imperatives and barriers in contemporary Russia. *RUDN Journal of Sociology*, 22(1), 97–112. <https://doi.org/10.22363/2313-2272-2022-22-1-97-112>

- Bixter, M., Blocker, K. & Rogers, W. (2018). Enhancing social engagement of older adults through technology. In R. Pack., & A. McLaughlin (Eds.) *Aging, Technology and Health* (pp. 179-214). Academic Press.
- Bodner, E., Bergman, Y., & Cohen-Fridel, S. (2012). Different dimensions of ageist attitudes among men and women: A multigenerational perspective. *International Psychogeriatrics*, 24(6), 895-901.
- Bolina, A. F., & Lima, M. G. (2021). Evidence of association between the use of drugs and community-dwelling older people frailty: A cross-sectional study. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 29, e3401. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4051.3401>
- Burnes, D., Sheppard, C., Henderson, C. R., Jr., Wassel, M., Cope, R., Barber, C., & Pillemer, K. (2019). Interventions to reduce ageism against older adults: A systematic review and meta-analysis. *American Journal of Public Health*, 109(8), e1–e9. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2019.305123>
- Butler, R. (1969), Age-ism: Another form of bigotry, *The Gerontologist*, vol. 9, no. 4, pp. 243–246.
- Cachapa, M. da L. (2007). *Desemprego, qualidade de vida e stresse: Um estudo na Região de Lisboa* [Dissertação de mestrado, Universidade Aberta]. Repositório Aberto. <http://hdl.handle.net/10400.2/704>
- Canavarro, M., Serra, A., Pereira, M., Simões, M., Quartilho, M., Rijo, D., & Paredes, T. (2010). WHOQOL disponível para Portugal: desenvolvimento dos instrumentos de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100 e WHOQOL-Bref). In M. C. Canavarro & A. V. Serra (Coords.), *Qualidade de vida e saúde: uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde* (pp. 4–21). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Carette, J. (2002). *Droit D`Aînesse*. Montreal: Boréal.
- Carmo, H., & Ferreira, M. M. (1998). *Metodologia da investigação: Guia para autoaprendizagem* (1ª ed.). Universidade Aberta.
- Carstensen, L. L. (2006). The influence of a sense of time on human development. *Science*, 312(5782), 1913–1915. <https://doi.org/10.1126/science.1127488>
- Casanova, G., Machado, I., Melo, S. (2020). The role of the Gerontologist in the fight against Ageism. *Sociologia: Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, 39, pp.5-18. DOI: <https://doi.org/10.21747/08723419/soc39a1>
- Castro, B., da Silva, G., Cardoso, A., Rocha, L., & Chariglione, I. (2020). A expressão do idadismo em tempos de Covid-19: Uma reflexão teórica. *Revista Kairós-Gerontologia*, 23, 479 497. <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2020v23i0p479-497>
- Cerqueira, M. (2010). *Imagens do envelhecimento e da velhice. Um estudo na população portuguesa*. [Tese de Doutoramento, Universidade de Aveiro, Aveiro]. Repositório Institucional da Universidade de Aveiro. https://ria.ua.pt/bitstream/10773/6477/1/tese_margarida.cerqueira_out2010.pdf
- Chang, E.-S., Kanno, S., Levy, S., Wang, S.-Y., Lee, J. E., & Levy, B. R. (2020). *Global reach of ageism on older persons' health: A systematic review*. *PLOS ONE*, 15(1), e0220857. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220857>
- Chrisler, J. C., Barney, A. & Palatino, B. (2016). Ageism can be hazardous to women's health: Ageism, sexism, and stereotypes of older women in the healthcare system. *Journal of Social Issues*, 72(1), 86–104. <https://doi.org/10.1111/josi.12157>

- Coutinho, C. (2021). Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas - Teoria e Prática. Almedina.
- Cunha, D. S. N. (2023). *Representações sociais do idadismo aos olhos dos estudantes das Universidades Sénior da Faculdade de Letras da Universidade do Porto e da Póvoa de Varzim* [Dissertação de mestrado, Faculdade de Letras, Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto.
- Daniel, F., Monteiro, R., Antunes, S., Fernandes, R., & Ferreira, P. L. (2018). Qualidade de vida relacionada com a saúde de pessoas idosas numa perspetiva de género. *Portuguese Journal of Public Health*, 36(2), 59-65. <https://doi.org/10.1159/000490929>
- Elder, G. H. (1994). Time, human agency, and social change: Perspectives on the life course. *Social Psychology Quarterly*, 57(1), 4–15. <https://doi.org/10.2307/2786971>
- Elder, G. H., Johnson, M. K., & Crosnoe, R. (2003). The emergence and development of life course theory. In R. T. Serpe (Ed.), *Handbooks of Sociology and social research* (pp. 3-19). Springer.
- English Longitudinal Study Ageing (2013). One in three older people experience age discrimination. *UCL News*. <https://www.ucl.ac.uk/news/2013/oct/one-three-older-people-experience-age-discrimination>
- Erikson, E. H. (1998). *O ciclo da vida: uma perspectiva psicossocial* (R. C. Costa, Trad.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Obra original publicada em 1959)
- Etzeberria, I., Urdaneta, E., & Galdona, N. (2019). Factors associated with health-related quality of life (HRQoL): Differential patterns depending on age. *Quality of Life Research*, 28(8), 2221–2231. <https://doi.org/10.1007/s11136-019-02182-0>
- Eurofound. (2025). Life satisfaction and optimism on the decline across the EU, according to new survey. Disponível em: https://eurofound.mynewsdesk.com/pressreleases/life-satisfaction-and-optimism-on-the-decline-across-the-eu-according-to-new-survey-3365812?utm_source=chatgpt.com
- Fernández, I., Sansó, N., & Tomás, J. M. (2024). A longitudinal study of the effect of memory on the quality of life of European adults and older adults. *Applied Research in Quality of Life*, 19(4), 1859-1876. <https://doi.org/10.1007/s11482-024-10310-3>
- Fernández-Ballasteros, R. (2004). Gerontología Social. Una Introducción. In R. Fernández Ballasteros (Ed.), *Gerontología Social* (pp. 31–53). Ediciones Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R. (2009). Gerontología Social. Una introducción. In R. Fernández-Ballesteros, *Gerontología Social* (pp. 31-54). Madrid: Pirâmide.
- Fernández-Ballesteros, R., Robine, J.-M., Michel, J.-P., & Topinková, E. (2011). Positive ageing: Objective, subjective, and combined outcomes. *E-Journal of Applied Psychology*, 7(1), 15–27. <https://doi.org/10.7790/ejap.v7i1.217>
- Fernandez-Portero, C., Amian, J. G., Alarcón, D., Arenilla Villalba, M. J., & Sánchez-Medina, J. A. (2023). The effect of social relationships on the well-being and happiness of older adults living alone or with relatives. *Healthcare*, 11(2), Article 222. <https://doi.org/10.3390/healthcare11020222>
- Ferreira, P. L., & Santana, P. (2003). Percepção de estado de saúde e de qualidade de vida da população activa: contributo para a definição de normas portuguesas. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 21(2), 15-30.
- Filadelfo, J. S., & Cândido, A. D. S. C. (2016). Perceção do Adulto-Jovem sobre o Envelhecer. *ID on line. Revista de psicologia*, 10(31), 172-183.

- Fleck, M. (2008). A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde. In A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde (pp. 228-228).
- Fleck, M. P. A., Louzada, S., Xavier, M., et al. (2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Revista de Saúde Pública*, 34(2), 178-183.
- Fleck, M., Leal, O. & Louzada, S. (1999) Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL -100). *Revista Brasileira de Psiquiatria* (Vol. 21, n.º 1).
- Fonseca, A. (2006). O envelhecimento: uma abordagem psicológica. Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Fournier, G., Zimmermann, H., Masdonati, J. & Gauthier, C. (2018). Job Loss in a Group of Older Canadian Workers: Challenges in the Sustainable Labour Market Reintegration Process. *Sustainability*, 10(2245) 1-23. <https://doi.org/10.3390/su10072245>
- Goldfarb, D. C. (2010). Pensando nas origens da violência. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15, 2673-2676.
- Gonçalves, A., & Vilarta, R. (2004). Qualidade de vida: identidades e indicadores. In: Gonçalves, A.; Vilarta, R. (orgs). *Atividade física e qualidade de vida: explorando teoria e prática*. Barueri, MANOLE (p 3 – 25).
- Gonçalves, M. (2010). *Imagens e estereótipos de idoso e envelhecimento, em idosos institucionalizados e não institucionalizados* [Dissertação de mestrado]. Universidade da Beira Interior.
- Greene, K., & Yoon, B. (2007). Religiosity, economics and life satisfaction. *Review of Social Economy*, 62(2), 245-261. <https://doi.org/10.1080/00346760410001684460>
- Gundlach, E., & Opfinger, M. (2011). *Religiosity as a Determinant of Happiness*. GIGA Research Programme: Socio-Economic Challenges in the Context of Globalisation, 163, 1-26. GIGA Institute.
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., & Layton, J. B. (2010). Social relationships and mortality risk: A meta-analytic review. *PLOS Medicine*, 7(7), e1000316. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000316>
- Hutchison, E. D. (2010) A life course perspective. In E. D. Hutchison (Ed.), *Dimensions of human behavior: the changing life course* (1-38). Sage Publications
- Igarashi, A., Matsumoto, H., Suzuki, H., Takaoka, M., Kugai, H., Sakka, M., & Yamamoto-Mitani, N. (2024). Helping behaviours of community members towards older adults and the related factors: A cross-sectional study. *Psychogeriatrics*, 24(1), 117-126. <https://doi.org/10.1111/psyg.13050>
- Inouye, K., Barham, E., Pedrazzani, E., & Pavarini, S. (2010). Percepções de suporte familiar e qualidade de vida entre idosos segundo a vulnerabilidade social. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 23, 582-592. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722010000300019>
- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2023). ESPERANÇA DE VIDA DE 80,96 ANOS À NASCENÇA E DE 19,61 ANOS AOS 65 ANOS. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=594474380&DESTAQUESmodo=2
- Instituto Nacional de Estatística. (2024). *Revista Eletrónica do INE - setembro/outubro de 2024* (INEWS nº 61). Recuperado de https://www.ine.pt/ine_novidades/semin/INEWS61/70-71/#zoom=true

- Instituto Nacional de Estatística. (2025, setembro 15). Indicador 0012965: [Número médio de anos de escolaridade completa da população residente dos 16 aos 89 anos (Série 2021 - Ano) por Sexo e Grupo etário; Anual]. Instituto Nacional de Estatística. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0012965&contexto=bd&selTab=tab2
- Jahoda, M. (1982). *Employment and unemployment: A social-psychological analysis*. Cambridge University Press.
- Jardim, V. C. F. D. S., Medeiros, B. F. D., & Brito, A. M. D. (2019). Um olhar sobre o processo do envelhecimento: a percepção de idosos sobre a velhice. *Revista brasileira de geriatria e gerontologia*, 9(2), 25-34.
- Johnston DW, Lordan G. (2016). Racial prejudice and labour market penalties during economic downturns. *Eur Econ Rev.*, 84:57–75.
- Kohn, J. N., Jester, D. J., Dillmore, A. H., Thomas, M. L., Daly, R., & Jeste, D. V. (2022). Trends, heterogeneity, and correlates of mental health and psychosocial well-being in later-life: Study of 590 community-dwelling adults aged 40–104 years. *Aging & Mental Health*, 27(6), 1–10. <https://doi.org/10.1080/13607863.2022.2078790>
- Krosch, A. R., & Amodio, D. M. (2014). Economic scarcity alters the perception of race. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 111(25), 9079–9084. <https://doi.org/10.1073/pnas.1404448111>
- Leitão, S. G. (2024). *Envelhecimento e idadeismo: um estudo com jovens e adultos mais velhos* [Dissertação de mestrado]. Instituto Politécnico de Viana do Castelo.
- Levy, B. (2009). Stereotype embodiment: A psychosocial approach to aging. *Current Directions in Psychological Science*, 18(6), 332–336. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2009.01662.x>
- 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>
- Lima, M. P. (2010). *Envelhecimento (s)*. Imprensa da Universidade de Coimbra/Coimbra University Press.
- Lopes, D. G., Mendonça, N., Henriques, A. R., Branco, J., Canhão, H., & Rodrigues, A. M. et al. (2023). Trajectories and determinants of ageing in Portugal: Insights from EpiDoC, a nationwide population-based cohort. *BMC Public Health*, 23, 1564. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12889-023-16370-8>
- Lopes, M. G. (2010). *Imagens e estereótipos de idoso e envelhecimento, em idosos institucionalizados e não institucionalizados* [Dissertação de mestrado, Universidade da Beira Interior]. uBibliorum.
- Lopes, M. G., & Pinto, S. C. C. (2015). Qualidade de vida em idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 14, 53–60. <https://doi.org/10.12707/RIV15007>
- Lopes, M., Afonso, R., Cerqueira, M., & Pereira, H. (2012). Images of aging in institutionalized and non-institutionalized elderly people. *Psychology, Community & Health*, 1(2), 189-200.
- Lopez, J., Perez-Rojo, G., Noriega, C., Sánchez-Cabaco, A., Sitges, E., & Bonete, B. (2024). *Quality-of-life in older adults: Its association with emotional distress and psychological wellbeing*. *BMC Geriatrics*, 24, Article 401. <https://doi.org/10.1186/s12877-024-05401-7>

- Lorentzen, J. C., Georgellis, A., Albin, M., & Jonsson, M. (2024). Residential overcrowding in relation to children's health, environment and schooling: A qualitative study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 52(7), 829–837. <https://doi.org/10.1177/14034948231198285>
- Low, G., Molzahn, A., & Schopflocher, D. (2013). Attitudes to aging mediate the relationship between older peoples' subjective health and quality of life in 20 countries. *Health and Quality of Life Outcomes*, 11(1), 146. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-11-146>
- Lytle, A., & Levy, S. R. (2019). Reducing ageism: Education about aging and extended contact with older adults. *The Gerontologist*, 59(3), 580–588. <https://doi.org/10.1093/geront/gnx177>
- Magalhães, M. C. (2008). *Metodologia da investigação científica: métodos e técnicas*.
- Mari, F. R., Alves, G. G., Aerts, D. R. G. C., & Câmara, S. (2016). The aging process and health: what middle-aged people think of the issue. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 19(1), 35-44. <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2016.14122>
- Marín, S. M., Troyano R., Y., & Vallejo O., A. (2001). Percepción social de la vejez. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 11(2), 88–90.
- Marques, E., Sánchez, C., & Vicario, B. (2014). Percepção da qualidade de vida de um grupo de idosos. *Revista de Enfermagem Referência*, IV Série (Nº1), 75-84. <http://doi.org/10.12707/RIII1314>
- Marques, S. (2011). Discriminação da terceira idade. Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Marques, S., Mariano, J., Mendonça, J., De Tavernier, W., Hess, M., Naegle, L., ... & Martins, D. (2020). Determinants of ageism against older adults: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(7), 2560. <https://doi.org/10.3390/ijerph17072560>
- Martins, R. M. L., & Rodrigues, M. D. L. M. (2004). Estereótipos sobre idosos: uma representação social gerontofóbica. *Millenium*, (pp.249-254).
- Massa, M. F. (2019). *Envelheceste tu, envelhecerei eu: A relação entre avós e netos e a sua influência no idadismo e na percepção do próprio envelhecimento*. [Dissertação de mestrado, Escola de Ciências Sociais e Humanas, Instituto Universitário de Lisboa]. Repositório do Instituto Universitário de Lisboa.
- Medeiros, J. W.C., Vieira, K. F. L., Ferreira, M. D. L., & de Lucena, A. L. R. (2021). Percepção de adultos jovens acerca do envelhecimento. *Research, Society and Development*, 10(17), e68101724176-e68101724176.
- Medeiros, S., Pereira, J., & Fonseca, A. (2023). Percepção dos jovens sobre pessoas mais velhas: estereótipos nas relações intergeracionais.
- Millán-Calenti, J. C. M. (2006). Gerontología y Geriatria. In J. C. Millán Calenti (Ed.). *Principios de Geriatria y Gerontología* (pp. 3-20). Madrid: McGraw-Hill Interamericana de España S. L.
- Minayo, M. C. S., Hartz, Z. M. A., & Buss, P. M. (2000). Qualidade de Vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1), 7-18.
- Mollenkopf, H., & Walker, A. (Eds.). (2007). *Quality of life in old age: International and multi-disciplinary perspectives* (Vol. 31). Springer.
- Monteiro, D., Vieira da Silva, C., Barbosa, J., & Esteves, A. (2021). Ser idoso em tempos de pandemia: o impacto do encerramento dos Centros de Dia. *Intervenção Social*, (57/58), 297–309. <https://doi.org/10.34628/ga9e-6t03>

- Moraes, E. (2012). Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais. *Organização Pan-Americana da Saúde*. Disponível em: <https://apsredes.org/pdf/Saude-do-Idoso-WEB1.pdf>
- Moreira, M. J. G. (2020). *Como envelhecem os portugueses: envelhecimento, saúde, idadismo*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Nahas, M. V. (2001). *Atividade física, saúde e qualidade de vida: Conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo* (7ª ed.). Midiograf.
- National Institute for Public Health and the Environment (RIVM). (2025). *Mental health status and challenges among young adults aged 16 to 25 in the Netherlands*. RIVM. <https://www.rivm.nl/en/news/persistent-concerns-about-young-adults-mental-health-despite-slight-improvement>
- Neri, A. (2005). Qualidade de Vida na Velhice e Atendimento Domiciliário. In: Y. O. Duarte & M. J. Diogo, *Atendimento Domiciliar: Um Enfoque Gerontológico* (pp. 33-45). Rio de Janeiro: Atheneu
- Neri, A. L. (2006). O legado de Paul B. Baltes à Psicologia do Desenvolvimento e do Envelhecimento. *Temas em psicologia*, 14(1), 17-34.
- Neri, A. L. (2008). Palavras-chave em gerontologia. Campinas: Alínea
- Neri, A. L. (2014). *Palavra-chave em Gerontologia*. Alínea.
- Neves, C. (2012). Estereótipos sobre idosos: representação social em profissionais que trabalham com a terceira idade. [Dissertação de mestrado, Universidade da Beira Interior.] Ubilibiorum.ubi.pt. <https://ubilibiorum.ubi.pt/handle/10400.6/1207>
- Nolen-Hoeksema, S. (2012). Emotion regulation and psychopathology: The role of gender. *Annual Review of Clinical Psychology*, 8, 161–187.
- Nucci, N. A. G. (2003). *Qualidade de Vida e Câncer: um estudo compreensivo*. [Tese de Doutorado, Departamento de Psicologia e Educação da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto]
- Oliveira, A. L., Lima, M. P., & Silva, J. T. (2024). Educação, bem-estar e sentido da vida: o caso de uma universidade sénior de Portugal. *Educação e Pesquisa*, 50, e278304. <https://doi.org/10.1590/S1678-4634202450278304por>
- Oliveira, A. R. T. (2016). *O impacto do desemprego jovem na qualidade de vida e no bem-estar subjetivo* [Dissertação de mestrado, Universidade Lusófona]. Repositório Científico da Universidade Lusófona.
- Oliveira, R., & Alves, V. (2014). A qualidade de vida dos idosos a partir da influência da religiosidade e da espiritualidade: Cuidados prestados aos idosos institucionalizados em Caetité (BA). *Revista Kairós Gerontologia*, 17(3), 305-327. <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2014v17i3p305-327>
- Organização das Nações Unidas (2019). Centro Regional de Informação para a Europa Ocidental. Acedido em março, 2025, em <https://unric.org/pt/envelhecimento/>.
- Organização Mundial de Saúde (2015). *Envejecimiento saludable*. In Organização Mundial de Saúde, *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud* (pp. 27-42). Organização Mundial de Saúde.
- Organização Mundial de Saúde (2021). Relatório mundial sobre o idadismo: resumo executivo. ISBN: 978 92 7 572430 9
- Organização Mundial de Saúde (2022). Global report on ageism. ISBN 978-92-4-001686-6
- Organização Pan-Americana da Saúde (2022). Relatório mundial sobre o idadismo. <https://doi.org/10.37774/9789275724453>.

- Palmore, E. (1999). *Ageism. Negative and Positive* (2.^a ed.) New York: Springer Publishing Company, Inc.
- Paschoal, S. (2011). Qualidade de vida na velhice. In E. Freitas & L. Py (Orgs.), *Tratado de geriatria e gerontologia* (8^a ed., cap. 7). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Paschoal, S. M. (2000). *Qualidade de Vida do idoso: elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião*. [Dissertação de mestrado, Universidade de São Paulo]. Universidade de São Paulo.
- Paúl, C. (2005). Envelhecimento e ambiente. In L. Soczka (Org.), *Contextos humanos e psicologia ambiental*, (pp. 247,268). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Paul, C. (2012). Tendências actuais e desenvolvimentos futuros da gerontologia. In C. Paul & O. Ribeiro (Coords.), *Manual de Gerontologia* (pp. 1-20). Lisboa: LIDEL.
- Phillips, J., Ajrouch, K. & Hillcoat-Nallétamby, S. (2010). *Key Concepts in Social Gerontology*. Sage.
- Pinto, S. (2012). Estudo sobre as imagens do envelhecimento em estudantes de medicina. [Dissertação de Mestrado, Universidade da Beira Interior.] Ubibliorum.ubi.pt. <https://hdl.handle.net/10400.6/2693>
- PORDATA. (2023, julho 25). *Retrato dos jovens entre os 15 e os 24 anos – No âmbito da Jornada Mundial da Juventude* [Relatório/statística]. Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- PORDATA. (2023, julho 3). Dia Mundial da População: PORDATA analisa situação da população com 65 e mais anos em Portugal [Comunicado de imprensa]. Fundação Francisco Manuel dos Santos. https://ffms.pt/sites/default/files/2023-07/2023%2007%2003%20PR_Dia%20Mundial%20da%20Popula%C3%A7%C3%A3o%20V.F.pdf
- PORDATA. (2024). População residente ultrapassa os 10,6 milhões [Estatística]. Fundação Francisco Manuel dos Santos. <https://www.pordata.pt>
- Puvill, T., Lindenberg, J., de Craen, A. J. M., Slaets, J. P. J., & Westendorp, R. G. J. (2016). Impact of physical and mental health on life satisfaction in old age: A population-based observational study. *BMC Geriatrics*, 16, 194. <https://doi.org/10.1186/s12877-016-0365-4>
- Raimundo, S. S. (2023). *Idadismo e esteriotipos: a representação dos adultos mais velhos nos jorais de Mocambique, “Noticias” e “Savana”, entre os anos 2015 e 2018*. [Dissertação de mestrado, Faculdade de Ciência Humanas e Sociais da Universidade do Algarve]. UA01-Teses. <https://sapientia.ualg.pt/entities/publication/7b105741-3a35-4df5-834a-f4235d4961dc>
- Rame, G., Lawlor, D. A., Howe, L. D., Propper, C., & Galobardes, B. (2008). Repeated exposure to socioeconomic disadvantage and health selection as life course pathways to mid-life depressive and anxiety disorders. *Psychological Medicine*, 38(9), 1327–1339. <https://doi.org/10.1017/S0033291707002245>
- Ramos, H. (2001). Qualidade de vida e envelhecimento. In Archer, L., Biscaia, J., Osswald, W. & Renaud, M. (Coords.). *Novos Desafios à Bioética* (pp. 225-231). Porto: Porto Editora.
- 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>
- Rodrigues, R. E. R. (2016). *Qualidade de Vida de Pessoas com Esclerose Múltipla: Um contributo para a gestão da Unidade Hospitalar*. [Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de

- Viana do Castelo]. Repositório Científico IPVC.
http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/1728/1/Rosa_Rodrigues.pdf
- Rodrigues, R. S. P., Fernandes, P. O., & Magalhães, C. P. (2022). Qualidade de vida em idosos não institucionalizados. *Revista de Enfermagem Referência, Série VI (1)*, 1-9. <https://doi.org/10.12707/RV21102>
- Rosa, M. J. V. (2012). O Envelhecimento da Sociedade Portuguesa. Vol. *Coleção Ensaios da Fundação Francisco Manuel dos Santos*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Rosa, M. J. V. (2016). *O envelhecimento da sociedade portuguesa*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Rosa, M. J. V. (2020). Envelhecimento demográfico em fase de COVID-19. *Medicina Interna*, 27-30.
- Rosa, M. J. V. (2020). *Um tempo sem idades*. Tinta-da-China.
- Sampieri, R., Collado, F., & Baptista, I. (2013). Metodologia de la investigation. In Metodologia de Pesquisa (5th ed.). Mc Graw Hill. <https://doi.org/10.6018/turismo.36.231041>
- San-Martín-Gamboa, L., González-González, C., & González-Cabrera, J. (2023). Reducing ageism combining ageing education with clinical practice: A prospective cohort study in health sciences students. *Nursing Open*, 10(6), 3805–3814. <https://doi.org/10.1002/nop2.1643>
- Schneider, D.J. (2004). *The Psychology of Stereotyping*. New York: Guilford Press.
- Seidl, E. M. F., & Zannon, C. M. L. C. (2004). Qualidade de Vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(2), 580-588.
- Seidler, A. L., & Wolff, J. K. (2017). *Associações bidireccionais entre as auto-percepções do envelhecimento e a velocidade de processamento cognitivo ao longo de 3 anos*. *GeroPsych: The Journal of Gerontopsychology and Geriatric Psychiatry*, 30(2), 49–59. <https://doi.org/10.1024/1662-9647/a000165>
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel.
- Shek, D. T. L. (2025). *Quality of life in young people in the pandemic and post-pandemic eras: Empirical, theoretical, methodological, and intervention considerations*. *Applied Research in Quality of Life*. <https://doi.org/10.1007/s11482-025-10475-5>
- Silva, C., Ferreira, R., Morgado, B., Alves, E., & Fonseca, C. (2024). Depression, loneliness and quality of life in institutionalised and non-institutionalised older adults in Portugal: A cross-sectional study. *Nursing Reports*, 14(3), 174. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/nursrep14030174>
- Silva, G., Estima, F., Silva, A. C., Mota, J., Martins, C., & Aires, L. (2025). *Mental health in young adult university students during COVID-19 lockdown: Associations with physical activity, sedentary behaviors and sleep quality*. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 22(2), 241. <https://doi.org/10.3390/ijerph22020241>
- Silva, L., Farias, L., de Oliveira, T., & Rabelo, D. (2012). Atitude de idosos em relação à velhice e bem-estar psicológico. *Revista Kairós-Gerontologia*, 15(2), 119-140. <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2012v15i2p119-140>
- Simon, R. W. (2002). Revisiting the relationships among gender, marital status, and mental health. *American Journal of Sociology*, 107(4), 1065–1096. <https://doi.org/10.1086/339225>
- Skevington, S. M., Lotfy, M., & O'Connell, K. A. (2004). The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial. *Quality of Life Research*, 13(2), 299–310.

- Sosa, G., Barrios, A., Mir, V., Luna, J., Garcia, G., Simbaña, R. (2023). Fatores associados a la percepción de discriminación: edadismo y calidad de vida de la población geriátrica desde un enfoque bioético. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de Córdoba*, 80(3), 221-238. <https://doi.org/10.31053/1853.0605.v80.n3.38107>
- Sousa, A. B., Silva, C. D., & Pereira, E. F. (2002). Escala de imagens da velhice: Construção e validação. *Revista Brasileira de Gerontologia*, 5(2), 123-134.
- Sousa, L., Cerqueira, M., & Galante, H. (2008). How images of old age vary with age: Um estudo exploratório na população portuguesa. *Reviews in Clinical Gerontology*, 18(1), 77–90. <https://doi.org/10.1017/S0959259808002682>
- Stack, S., & Eshleman, J. R. (1998). Marital status and happiness: A 17-nation study. *Journal of Marriage and Family*, 60(2), 527–536. <https://doi.org/10.2307/353867>
- Takele, M. D., Eriku, G. A., Merawie, D. M., Zinabu, F. S., Fentanew, M., Belay, G. J., & Kibret, A. K. (2024). Functional disability and its associated factors among community-dweller older adults living in Gondar Town, Ethiopia: A community-based cross-sectional study. *BMC Public Health*, 24, 647. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-18110-y>
- Thomassen, K., Sundstrup, E., Vinstrup, J., Seeberg, K. G. V., & Andersen, L. L. (2022). Barriers and facilitators of re-employment among senior workers: Prospective cohort study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(18), 11536. <https://doi.org/10.3390/ijerph191811536>
- Umberson, D., & Montez, J. K. (2010). Social relationships and health: A flashpoint for health policy. *Journal of Health and Social Behavior*, 51(Suppl), S54–S66. <https://doi.org/10.1177/0022146510383501>
- Universidade Católica Portuguesa. (2023, 7 de julho). *Metade dos jovens portugueses são católicos, revela estudo da Universidade Católica Portuguesa*.
- Van Hoof, J., Beneken genaamd Kolmer, D. M., de Vlugt, E., & de Vries, S. I. (2019). Quality of life: The interplay between human behaviour, technology and the environment. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(24), 5106. <https://doi.org/10.3390/ijerph16245106>
- Veloso, A. L., Ferreira, A. P., Santos, G. G., & Silva, I. S. (2024). Relações de emprego e qualidade de vida e bem-estar no trabalho: nota introdutória. *Configurações: Revista de Ciências Sociais*, 34, 1–4. <https://doi.org/10.21814/cfg.6137>
- Veronese, N., Noale, M., Cella, A., Custodero, C., Smith, L., Barbagelata, M., Maggi, S., Barbagallo, M., Sabbà, C., Ferrucci, L., & Pilotto, A. (2022). *Multidimensional frailty and quality of life: Data from the English Longitudinal Study of Ageing*. *Quality of Life Research*, 31(10), 2985–2993. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11136-022-03152-9>
- Vicente, F. (2012). Imagens do idoso e do envelhecimento em estudantes universitários. [Dissertação de Mestrado, Universidade da Beira Interior.] UbiBliorum.ubi.pt. <https://ubibliorum.ubi.pt/handle/10400.6/2704>
- Vicente, F. P. & Afonso, R. M. L. B. M. (2012). *Imagens do idoso e do envelhecimento em estudantes universitários* [Dissertação de Mestrado, Universidade da Beira Interior]. Repositório uBibliorum.
- Vieira, R., & Lima, M. (2015). Estereótipos sobre os idosos: dissociação entre crenças pessoais e coletivas. *Temas em Psicologia*, 23(4), 947-958. <https://doi.org/10.9788/TP2015.4-11>

- Whisman, M. A. (2007). Marital distress and DSM–IV psychiatric disorders in a population-based national survey. *Journal of Abnormal Psychology*, 116(3), 638–643. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.116.3.638>
- WHOQOL Group. (1998). *Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment*. *Psychological Medicine*, 28(3), 551–558. <https://doi.org/10.1017/S0033291798006667>
- Wilk, M., Firman, N., Harper, G., Fry, R., Griffiths, L., Mathur, R., & Dezateux, C. (2024). Associations between household overcrowding and adult mental illness in an ethnically diverse urban population: Cross-sectional study using linked primary care and housing records. *International Journal for Population Data Science*, 9(5), Article 2583. <https://doi.org/10.23889/ijpds.v9i5.2583>
- Wilzer, E., Zeisel, A., Roessner, V., Ring, M. (2024). *Associação entre ansiedade, depressão e qualidade de vida em estudantes alemães durante a pandemia de COVID-19*. *BMC Psychiatry*, 24, 212. <https://doi.org/10.1186/s12888-024-05611-8>
- Wood-Dauphinee, S. (1999). *Assessing Quality of Life in Clinical Trials: Methods and Practice*. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 92(1), 49–50. <https://doi.org/10.1177/014107689909200118>
- World Health Organization Quality of Life Assessment Group (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *International Journal of Mental Health*, 23(3), 24–56.
- World Health Organization. (2015). *World Report On Ageing and Health*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2021). *Global report on ageism*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240016866>
- Wright, L. M. (2019). *Older adults and their families: An interactional intervention that brings forth love and softens suffering*. *Journal of Family Nursing*, 25(4), 610–626. <https://doi.org/10.1177/1074840719864093>
- Zhao, Y., Dupre, M. E., Qiu, L., & Gu, D. (2017). *Changes in perceived uselessness and risks for mortality: Evidence from a national sample of older adults in China*. *BMC Public Health*, 17, 561. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4479-1>