

UNIVERSIDADE AUTÓNOMA DE LISBOA

“LUÍS DE CAMÕES”

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

**CICLO DE ESTUDOS CONDUCENTE AO GRAU DE MESTRE EM PSICOLOGIA
CLÍNICA E DE ACONSELHAMENTO**

DISSERTAÇÃO

**Os maus-tratos, a discriminação e a gerontofobia como fatores explicativos da solidão nos
idosos.**

Orientador de dissertação: Professora Doutora Lúdia Serra

Discente: Liliana Figueiredo (30001584)

2025

Lisboa

Dedico esta dissertação ao meu tio, que partiu o ano passado. Sei que tinhas orgulho em mim, e esta conquista é também tua. Onde quer que estejas, espero que sintas o carinho e a gratidão que deixo nestas palavras.

Agradecimentos

Iniciar a vida universitária foi um grande desafio desde o primeiro dia até ao último, e é incrível o orgulho que sinto neste momento. Nunca imaginei alcançar esta etapa, mas aqui estou, com a satisfação de dever cumprido.

No entanto, esta conquista não teria sido possível sem o apoio de pessoas fundamentais. Em primeiro lugar, agradeço profundamente aos meus pais e ao meu irmão, pelo apoio incondicional que sempre me deram. Nunca me deixaram desistir, e por isso, estarei eternamente grata. Um reconhecimento especial ao meu tio Paulo Lourenço, cujo apoio foi essencial na adesão das instituições para a realização do meu estudo.

Aos meus amigos mais próximos, o meu sincero agradecimento. Ana Raquel Valente, pela sua preciosa ajuda na leitura dos trabalhos, sempre com opiniões assertivas, Andreia Afonso, pelo apoio inestimável na parte numérica; e Juliana Simões, cuja curiosidade pelas matérias que eu estudava me incentivou a aprofundar os conteúdos ao explicá-los.

Também não posso esquecer a Sara Grilo, que me ajudou imenso, bem como a Carolina Ramalho e a Joana Arsénio, pelo apoio e paciência com o nosso estimado “amigo” SPSS.

Quero agradecer todo o apoio da Bruna Jerónimo, Júlia Santos e Maria Margarida Santos ao longo do processo de elaboração da minha dissertação. Embora cada uma tenha desenvolvido o seu próprio trabalho, partilhámos muitos momentos de choro, *stress*, frustração, mas também de riso e de orgulho pelos caminhos que trilhámos.

O meu mais profundo agradecimento ao meu ex-companheiro de trabalho e amigo Vieitas Premgi, que me ajudou a conciliar os estudos com o horário laboral. Foi um grande apoio, sempre disponível para ouvir e motivar-me a seguir em frente, sem nunca me deixar abandonar este sonho universitário.

À minha orientadora, Doutora Professora Lúcia Serra, um agradecimento especial pelo apoio emocional, especialmente no início da dissertação. Houve momentos em que duvidei da minha capacidade de elaborar um trabalho tão exigente, mas as suas palavras foram essenciais para afastar pensamentos intrusivos. Além disso, o seu perfeccionismo teve um impacto muito positivo na qualidade final deste trabalho. Por fim, expresso a minha gratidão à Universidade Autónoma de Lisboa, pela excelência do seu corpo docente, que não só me proporcionou uma aprendizagem enriquecedora, mas também me preparou para o futuro profissional.

Índice Geral

Capítulo I. Fundamentação teórica	5
1.1 Envelhecimento	5
<i>1.1.1 Definição de envelhecimento</i>	<i>5</i>
<i>1.1.2 Tipos de envelhecimento</i>	<i>9</i>
<i>1.1.3 Prevalência e incidência</i>	<i>12</i>
<i>1.1.4 Teorias explicativas do envelhecimento</i>	<i>12</i>
<i>1.1.5 Fatores de risco e fatores de proteção</i>	<i>16</i>
1.2 Solidão	18
<i>1.2.1 Definição de solidão</i>	<i>18</i>
<i>1.2.2 Prevalência e incidência</i>	<i>19</i>
<i>1.2.3 Teorias explicativas da solidão</i>	<i>19</i>
<i>1.2.4 Fatores de risco e de proteção da solidão</i>	<i>21</i>
1.3 Gerontofobia	25
<i>1.3.1 Definição de gerontofobia</i>	<i>25</i>
<i>1.3.2 Teorias explicativas da gerontofobia</i>	<i>26</i>
<i>1.3.3 Fatores de risco e proteção da gerontofobia</i>	<i>29</i>
<i>1.3.4 Atitudes negativas da gerontofobia</i>	<i>31</i>
<i>1.3.5 Teorias explicativas das atitudes negativas</i>	<i>33</i>

1.4 Discriminação	34
1.4.1 Definição de discriminação baseada na idade e características	34
1.4.2 Prevalência e incidência	36
1.4.3 Tipos de discriminação	39
1.4.4 Teorias explicativas da discriminação baseada a idade	39
1.5 Maus-tratos	40
1.5.1 Definição de maus-tratos e características	40
1.5.2 Prevalência e incidência	41
1.5.3 Tipos de maus-tratos	41
1.5.4 Teorias explicativas com os maus-tratos	43
1.5.5 Fatores de risco e proteção	44
Capítulo II. Metodologia	46
2 Apresentação do Problema	46
3.1.2 Objetivos Específicos.	49
4 Hipóteses	49 5
Participantes	50
5.1.1 Desenho do estudo	54
5.1.2 Instrumentos	55
5.1.3 Questionário Sociodemográfico	55
5.1.4 Escala da Solidão (UCLA)	55
5.1.5 Questionário de Gerontofobia (QAGE)	55

5.1.6 Ageism Survey.....	56
5.1.7 Questions to Questions to Elicit Elder Abuse (QEEA).....	56
5.1.8 Procedimento	57
6 Análise de dados	58
Capítulo III. Resultados	60
7 Consistência interna dos instrumentos	60
7.1.1 Estatística descritiva	60
7.1.2 Correlação entre a solidão, maus-tratos, discriminação e gerontofobia	61
Capítulo IV. Discussão	63
8.1.1 Limitações	64
Capítulo V. Conclusão	65
9.1. Implicações para a prática.....	66
Referências	67

Índice de Tabelas

Tabela 1	Características dos sujeitos que frequentam o lar.....	50
Tabela 2	Características dos sujeitos a frequentar centro de dia	52
Tabela 3	Características de variáveis do estudo e suas dimensões	60
Tabela 4	Coeficientes das variáveis maus-tratos, discriminação e gerontofobia em relação à solidão	61

Índice de Anexos

Anexos	91
Anexo 1- Consentimento Informado para o participante	91
Anexo 2- Consentimento para as instituições	94
Anexo 3- Questionário Sociodemográfico dirigido ao Lar	97
Anexo 4- Questionário Sociodemográfico dirigido ao Centro de Dia	98
Anexo 5- Escala da Solidão (UCLA)	100
Anexo 6- Questionário de <i>Ageism Survey</i>	101
Anexo 7- Questionário dos Maus-tratos (QEEA)	102
Anexo 8- Questionário da Gerontofobia (QAGE)	104

Lista de Abreviaturas

ABUEL – *Elder Abuse a Multinational Prevalence Survey*

APAV – *Associação Portuguesa de Apoio à Vítima*

ARS – *Administração Regional de Saúde*

AVC – *Acidente Vascular Cerebral*

AVD – *Atividade da Vida Diária*

CID – *International Classification of Diseases*

CINTESIS – *Centro de Investigação em Tecnologia*

CIP – *Centro de Investigação em Psicologia*

DSM – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

EURAGE – *European Research Group on Attitudes*

G.N.R – *Guarda Nacional Republicana*

INE – *Instituto Nacional de Estatística*

IPSS – *Instituições Particulares de Solidariedade Social*

OMS – *Organização Mundial de Saúde*

ONU – *Organização das Nações Unidas*

PSP – *Policia de Segurança Pública*

QAGE – *Questionário de Avaliação de Gerontofobia*

QUEEA – *Questions to Elicit Elder Abuse*

SNC – *Sistema Nervoso Central*

SNP – *Sistema Nervoso Periférico*

SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*

UAL – *Universidade Autónoma de Lisboa*

UCLA – *Universidade da Califórnia, Los Angeles* **Resumo**

Objetivo: Analisar a relação entre gerontofobia, discriminação e maus-tratos em idosos que sentem solidão.

Método: A amostra do presente estudo é do tipo não- probabilístico, por conveniência, e será composta por um grupo de 220 pessoas idosas, com idade compreendida entre os 65 e os 100 anos (média=81,87 anos $\pm$ 8.057), de ambos os sexos. Que se encontrem institucionalizadas em centro de dia ou lares, na área metropolitana de Lisboa e Vale do Tejo.

O proctólogo do estudo foi aplicado presencialmente sendo composto pelos seguintes instrumentos Escala da Solidão (UCLA), para analisar a gerontofobia iremos usar o Questionário Avaliação de Gerontofobia (QAGE), para estudar o preconceito (através das atitudes negativas) e a discriminação, utilizaremos a Escala *Ageism Survey* e para examinar os maus-tratos será aplicado a Escala *Elder Abuse* (QEEA).

Resultados: Os resultados do estudo revelaram que existe uma relação positiva entre a solidão, gerontofobia, discriminação baseada na idade e maus-tratos.

Conclusões: Este tipo de variáveis, poderá contribuir para construção de programas de intervenção em relação aos idosos.

Palavra-chave: Idosos, solidão, gerontofobia, atitudes negativas, discriminação, maus-tratos
Abstract

Objective: To analyse the relationship between gerontophobia, discrimination and mistreatment in elderly people who feel lonely.

Method: The sample of this study is non-probabilistic, by convenience, and will be made up of a group of 220 elderly people, aged between 65 and 100 years (mean=81.87 years $\pm$ 8.057), of both sexes. They were institutionalised in day centres or nursing homes in the Lisbon and Tagus Valley metropolitan area.

The study protocol was applied face-to-face and consisted of the following instruments Loneliness Scale (UCLA), to analyse gerontophobia we will use the Gerontophobia Assessment Questionnaire (QAGE), to study prejudice (through negative attitudes) and discrimination we will use the Ageism Survey Scale and to examine mistreatment we will apply the Elder Abuse Scale (QEA).

Results: The results of the study revealed that there is a positive relationship between loneliness, gerontophobia, age discrimination and mistreatment

Conclusions: This type of variable could contribute to the construction of intervention programmes for the elderly.

Keywords: Elderly, loneliness, gerontophobia, negative attitudes, discrimination, mistreatment

Introdução

O envelhecimento tem vindo a aumentar e Portugal não é exceção. A pirâmide etária relativa aos idosos apresenta-se cada vez mais alargada, comparativamente com a população jovem-adulta. Isto ocorre, não só devido ao baixo número de nascimentos, mas também à elevada longevidade que atualmente os idosos apresentam. O que faz com que a pirâmide etária se apresente cada vez mais estreita, em relação aos nascimentos, e demasiado larga na representação da população sénior (Nações Unidas [ONU], 2019).

Estima-se que, entre os anos 2020 e 2050, a população idosa tenderá a aumentar, de forma significativa, com um aumento em torno dos 120% (ONU, 2019).

Especificamente, Portugal apresenta um índice elevado de envelhecimento populacional, associado a uma das maiores esperanças médias de vida na Europa. Em 2021, Portugal tinha o segundo maior índice de velhice (175,8%) na Europa, sendo apenas ultrapassado pela Itália (185,1 %). Destacando-se, no nosso país, a longevidade das mulheres (acima dos 85 anos) em comparação aos homens (80 anos). Desde 1970, essa diferença tem sido consistente, sendo a esperança média de vida superior, nas mulheres, em comparação com os homens (PORDATA, 2023). No entanto, ao comparar-se a esperança média de vida de vários países da Europa, como Portugal, Espanha, França e Itália, observou-se que, no ano de 2022, em relação às mulheres, Espanha surge em primeiro lugar, onde as mulheres vivem até aos 85,9 anos; em segundo lugar, surge a França, onde a esperança média de vida das mulheres é de 85,2 anos; em terceiro lugar, está Portugal, cuja esperança média de vida das mulheres é de 84,5 anos e, por fim, a Itália, com uma esperança média de vida de 85 anos. Em relação aos homens, é Itália que apresenta a maior esperança média de vida, com 80,9 anos, seguida de Espanha, com 80,4 anos, França, 79,4 anos, e, por último, Portugal, 78,8 anos (Instituto Nacional de Estatística, 2023).

Embora com uma esperança de vida elevada, a partir dos 65 anos são observadas mudanças a nível social, físico e psicológico (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2015). Exemplo destas mudanças é a vivência de sentimentos de solidão por parte dos idosos. A solidão ocorre quando a rede de relações sociais se encontra enfraquecida, tanto no número de relações com familiares e amigos, como nos vínculos que se estabelecem. Estas relações frágeis podem vir a fomentar sentimentos negativos, como tristeza, angústia, medo, sentimento de vazio, desamparo ou abandono (Azeredo & Afonso, 2016). Alguns dos fatores de risco são os filhos saírem da casa dos pais, levando muitas vezes ao abandono dos pais, a viuvez ou o isolamento social (Ferreira & Casemiro, 2021). A presença de isolamento social caracteriza-se pelo evitamento em desenvolverem-se relações sociais, muitas vezes devido ao medo, tristeza ou angústia, provocados pela condição de viuvez e/ou perda do(a) parceiro(a). Quando sucede a morte do cônjuge, muitas pessoas tendem a isolar-se e a fomentarem sentimentos de solidão (Rodrigues, 2018).

O estudo de Dahlberg & Mckee (2014), com uma amostra de 1255 participantes com mais de 65 anos, teve como objetivo analisar os fatores que contribuem para a solidão social emocional, recorrendo as variáveis sociodemográficas. Conclui que o estado civil (viuvez), é um preditor da solidão emocional.

Por sua vez, o estudo de Chen et al. (2023), apresentou uma amostra de 1278 participantes com idades superiores a 80 anos e teve como objetivo analisar os níveis de solidão em idosos que estão em residências comunitárias e em lares. O estudo conclui que os idosos que frequentam lares apresentam maiores níveis de solidão em comparação com os idosos em residências comunitárias. O autor acrescenta ainda que a institucionalização está ligada a sentimento de solidão.

Para além disto, o medo de envelhecer e de se viver condicionado pela perda gradual de autonomia, pode levar os idosos a sofrerem de gerontofobia. Esta caracteriza-se como um

medo exacerbado que a pessoa tem de envelhecer. As pessoas que sofrem deste problema tendem a desenvolver uma preocupação exagerada com a sua aparência (por exemplo, com o surgimento das rugas), ficam muito obcecados com a sua imagem e, em algumas situações, recorrem a procedimentos estéticos para atrasar o envelhecimento. A velhice é encarada como negativa com receio da dependência de terceiros e da morte e o aproximar do fim de vida (Esteban, 2021; Rodrigues, 2012).

A presença de gerontofobia no sujeito é influenciada pelas crenças da sociedade em relação ao processo de envelhecimento. A sociedade diaboliza a imagem de uma pessoa de idade avançada. O idoso é visto como uma pessoa vulnerável, indefeso, alguém que não produz para o crescimento da economia. Estas crenças, acabam por desenvolver comportamentos desadequados, como exclusão social, maus-tratos e discriminação, muitas vezes baseados em preconceitos (Pizzi & Cenci, 2021).

O estudo do *European Research Group on Attitudes to Age* (EURAGE, 2012) sobre o preconceito e a discriminação com base na idade dos sujeitos de 30 países da União Europeia, incluindo Portugal, concluiu que os participantes com menos de 70 anos apresentavam maior preconceito em relação aos participantes com mais de 70 anos. Em relação à discriminação, os participantes com mais de 60 anos afirmaram ter sido alvo de um ato discriminatório (EURAGE, 2012). Este estudo também concluiu que o preconceito sobre a idade afeta, da mesma forma, tanto homens como mulheres, mas as mulheres são mais vulneráveis a sofrerem este tipo de condição.

Os atos discriminatórios em relação à idade ou à aparência física do idoso, são manifestados tanto de modo verbal, como físico, o que pode revelar a existência de maus-tratos contra os idosos. Descreve-se como maus-tratos ou abusos qualquer prática imprópria, repetida, ou isolada, que se desenvolva em torno de uma relação de confiança e que causa humilhação à pessoa idosa (OMS, 2002). Os maus-tratos físicos, podem causar

ferimentos ou hematomas; os maus-tratos psicológicos manifestam-se pela ofensa verbal ou insultos; a prática sexual não consentida mostra os maus-tratos sexuais; o roubo é um exemplo de maus-tratos financeiros; a ausência de cuidados básicos, exemplo da negligência contra os idosos e o abandono dos idosos em instituições revela os maus-tratos por abandono (OMS, 2002).

O estudo de Giraldo-Rodríguez et al. (2024), com uma amostra com idades superiores a 65 anos, verificou que houve uma relação positiva e significativa entre maus-tratos e solidão. Apresentando uma maior incidência nos maus-tratos psicológicos. O estudo concluiu que os maus-tratos podem desenvolver solidão. Por sua vez, o estudo de Serra et al. (2022), contou com uma amostra de 101 participantes com idades entre os 65 e os 94 anos, tendo como objetivo analisar se o funcionamento cognitivo, a solidão e os efeitos negativos podem ser fatores de risco de violência. O estudo concluiu que a solidão é um preditor para o risco de violência.

Ainda não está claro se a gerontofobia, as atitudes negativas, a discriminação baseada na idade e os maus-tratos praticados em idosos são preditores da solidão, uma vez que existe uma escassez de estudos que analisem. Deste modo, sendo este um problema cada vez mais presente na atualidade, é importante estudar estas relações, a fim de contribuir para o melhor entendimento das mesmas.

A presente dissertação encontra-se dividida em duas grandes partes. A primeira parte, respeita à fundamentação teórica, onde serão apresentadas as variáveis de estudo, sendo elas a solidão, a gerontofobia, as atitudes negativas, a discriminação baseada na idade e os maus-tratos praticados em idosos. Na segunda parte, destaca-se o estudo empírico, onde é feita a apresentação do problema, dos objetivos, das hipóteses e do método usado na investigação, o procedimento, os instrumentos e a análise de dados. Em seguida, são destacados os

resultados, a discussão, as conclusões. Por fim, serão apresentados as referências bibliográficas e os anexos.

Capítulo I. Fundamentação teórica

1.1 Envelhecimento

1.1.1 Definição de envelhecimento

O envelhecimento é caracterizado por um envelhecimento saudável quando, ao longo do processo a pessoa seja capaz de continuar com as suas capacidades físicas e mentais, permitindo que continue autónoma e consiga continuar a ter uma boa qualidade de vida (OMS, 2015).

Para de Souza Alves et al. (2021), o envelhecimento é dividido em três fases: o envelhecimento biológico, o envelhecimento social e o envelhecimento psicológico.

O envelhecimento biológico ocorre com o avançar da idade, em que o corpo perde defesas (sistema imunitário enfraquecido), possibilitando o aparecimento de doenças, e estando o risco de morte mais presente. Neste caso, as modificações que acontecem são apelidadas de senescência (de Souza Alves et al., 2021).

O envelhecimento social está direcionado para a mudança de papéis a que o sénior está exposto, bem como para os comportamentos que os outros esperam do idoso. O envelhecimento social envolve a sociedade, e como esta olha para as pessoas em processo de envelhecimento. Cada vez mais os idosos são vistos como seres frágeis, doentes e dependentes. A sociedade impõe alguns comportamentos aos mais velhos, como ter a “obrigação” de cuidar dos netos, uma vez que já está reformado (de Souza Alves et al., 2021). Por sua vez, o envelhecimento psicológico, percecionado pela própria pessoa e pela sociedade, relativo à modificação dos seus pensamentos e das suas atitudes, como crenças relativas ao fim de vida, situações de doença e limitações associadas (de Souza Alves, 2021).

Todavia, o idoso tem a capacidade de se autorregular e de se adaptar consoante o meio em que está inserido, tal como a capacidade de tomar decisões de forma consciente. O idoso tem a capacidade de adaptar às mudanças físicas, sociais e psicológicas que fazem parte do processo de senescência, ou seja, do envelhecimento (de Souza Alves et al., 2021).

O envelhecimento e o aumento da população a nível mundial levaram a que fosse necessário verificar algumas regras, nomeadamente a idade em que a pessoa seria considerada sénior. Desta forma, a OMS (1984) definiu que os indivíduos são considerados idosos após atingirem os 65.

Contudo, segundo o Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde (OMS, 2015), não existe uma idade específica para definir uma pessoa idosa. Porém, este mesmo relatório começa por se referir a esta faixa etária a partir dos 60 anos.

Segundo Moreira (2020), devido à longevidade feminina, existem mais mulheres a viverem sozinhas, ou até mesmo a frequentarem centros de dia ou lares. Acrescenta ainda que as mulheres acima dos 75 anos apresentam mais baixo nível de ensino em relação aos homens. Esta discrepância de escolaridade é devido ao facto de antigamente, sobretudo em famílias com baixo nível socioeconómico existiam poucas qualificações académicas. Predominantemente trabalhavam no campo, ou assumiam o papel de cuidadoras da casa e da família.

De acordo com Booth e Brunet (2016), o envelhecimento é caracterizado por uma fragmentação sistemática e específica da idade do organismo, sendo uma consequência devido à fisiologia interna de cada pessoa. A nível fisiológico e a fim de se compreender o envelhecimento humano, é importante reforçar que o sistema nervoso é dividido em duas partes, o sistema nervoso central (SNC) e o sistema nervoso periférico (SNP). O SNC é constituído pelo cérebro e medula espinhal, este tem a função de receberem os sinais sensitivos que são responsáveis por dar respostas motoras. Enquanto o SNP é constituído por

neurónios sensoriais (sentir frio ou calor) e motores (fazer o pé andar ou o braço mexer) que é controlado pelo cérebro e pela medula espinhal. O SNP é um conjunto de fios que passa pelo nosso corpo, enviando a mensagem ao nosso SNC. Este será o responsável para que o cérebro consiga receber a mensagem e colocar em prática a mensagem recebida.

Com o envelhecimento o funcionamento cerebral começa a perder células nervosas, assim como a sua conexão, podendo originar futuramente problemas de memória nomeadamente *Alzheimer*, afetando a capacidade motora do idoso (Veras, et al., 2015).

Por sua vez, o sistema cardiopulmonar é composto pelo coração, vasos sanguíneos e pelo sistema pulmonar. O coração tem a função de armazenar e de bombear o sangue para todo o corpo, já os vasos sanguíneos assumem o transporte do sangue. Devido ao aumento da idade, as valvas cardíacas que permitem que o sangue entre e saia do coração, tornam-se mais rijas e grossas, dificultando a passagem de sangue para o coração, e por sua vez, a sua função. Nomeadamente os batimentos cardíacos tornam-se mais lentos, podendo desenvolver problemas cardíacos (Veras et al., 2015).

Em relação ao sistema pulmonar, este é constituído por nariz, cavidade nasal, faringe, laringe, traqueia, brônquios e por fim os pulmões. Este sistema tem como função permitir que o oxigénio entre no corpo deitando para fora o dióxido de carbono. Contudo com o progresso do envelhecimento, começam a manifestar-se algumas mudanças na caixa torácica (onde se situa o coração e os pulmões), ficando mais dura, o que dificulta a passagem de oxigénio, o mesmo acontece com os pulmões que por vezes têm dificuldade em desempenhar a sua função devida à falta de força dos músculos para receber oxigénio (Veras et al., 2015).

Outras das alterações fisiológicas que ocorrem com o envelhecimento são, por exemplo, perda de peso, alteração da cor do cabelo, surgimento das rugas, perda de audição e visão, perda de dentes, fraqueza muscular, surgimento de doenças e incapacidade física. Esta

mudança nem sempre é percebida de forma positiva, pois existe uma visão negativa sobre este processo (Veras, et al., 2015).

Do ponto de vista profissional também ocorrem mudanças, como é o caso da aposentação. Esta fase pode ser encarada de forma positiva, uma vez que o idoso tem a oportunidade de desfrutar da sua vida diária, sem ter de se preocupar com os horários laborais, pode passar mais tempo com a família, sobretudo com os netos. Por outro lado, muitos idosos, sentem-se desamparados, pois deixaram de ter uma rotina, a convivência com os seus colegas de trabalho já não será a mesma, logo pode fazer com que o idoso se isole, sobretudo se não tiver uma boa rede apoio social e familiar. A falta de interação social pode desencadear sentimentos de solidão, assim como o surgimento de patologias como a depressão. Na aposentação a questão económica é outro fator de preocupação, pois muitas vezes as reformas são baixas e não suportam todas as despesas do idoso, sobretudo a nível de saúde. A aposentadoria pode também levar ao sedentarismo, assim como a hábitos negativos como o tabagismo e o alcoolismo (Martins et al., 2024).

Segundo Fechine e Trompieri (2012), se o idoso não aceitar esta nova fase da sua vida, como estar aposentado, pode ser um processo muito difícil, uma vez que vão ocorrer mudanças a vários níveis, tal como, a nível cognitivo, as alterações relacionam-se com, não se lembrar de certas coisas, dificuldade no raciocínio, dificuldade na fala. Nesta fase, as características mais importantes são as mudanças que o cérebro enfrenta devido a diversos fatores, como lesões, problemas nos neurotransmissores, e até mesmo causados pelo próprio envelhecimento.

Do ponto de vista social, em alguns momentos, os idosos podem estar em conflito interno, a perda dos cônjuges impacta negativamente o seu bem-estar, assim como a falta de interação com a sua rede social e familiar. No ponto de vista psicológico pode desenvolver

patologias, como a depressão, a solidão, o isolamento social e, em casos extremos, pode mesmo levar ao suicídio, como será explicado nos seguintes capítulos (Braga et al., 2015).

A depressão é considerada uma das patologias mais frequentes nos idosos, desenvolvendo sentimentos negativos (e.g., tristeza, falta de motivação, sentimento de vazio) muito semelhantes aos da solidão e aos do isolamento social, conduzindo ao consumo de fármacos para ultrapassar este diagnóstico (Braga et al., 2015).

1.1.2 Tipos de envelhecimento

O processo de envelhecimento é constituído por; envelhecimento biológico, envelhecimento psicológico e envelhecimento social.

O envelhecimento biológico, está relacionado com o avanço da idade, o corpo já não tem tanta facilidade para defender alguns vírus mais resistentes devido ao envelhecimento do sistema de defesas do corpo. Com este envelhecimento, alguns órgãos como rins, coração, fígado e músculos, constituição óssea, pode desencadear problemas como deformidades nos dedos problemas reumáticos, diminuição de mobilidade. Resumindo, devido ao processo de envelhecimento, o corpo sofre alterações consideradas normais, mas que afetam o funcionamento pleno do sistema (Borges et al., 2017).

O envelhecimento psicológico, refere-se aos processos cognitivos (cérebro), comportamentais e emocionais que o sujeito consegue adaptar-se, ou seja, o sujeito tem a capacidade de desenvolver novas habilidades, que lhe permite lidar com as mudanças que vão surgindo com o avançar da idade, nomeadamente aprender a lidar com as emoções, sejam elas positivas ou negativas. Este processo adaptativo permite que o sujeito tenha a capacidade de lidar com os eventuais obstáculos que possam surgir devido ao envelhecimento (Borges et al., 2017). Contudo a pessoa acaba por se perceber e ser percebida através da sociedade. Começam a ter a noção de que o seu corpo está diferente, sobretudo nas tarefas diárias, começam a perceber que os seus movimentos estão mais lentos, assim como a sua

mobilidade representando, em alguns casos, obstáculos para a qualidade de vida, podendo desencadear isolamento social. Em relação ao comportamento, este pode ser influenciado pela sua rede de apoio (Borges et al., 2017).

Por sua vez, o envelhecimento social é a forma como o sujeito se comporta através das mudanças que o processo de envelhecimento acarreta, como a mudança de papéis, pois se antes era o idoso a dar a última opinião, atualmente será um familiar ou tutor. O envelhecimento social pode ser adiado ou nem sequer percebido, mas para tal é importante que o idoso, continue a estar em ambiente relacional com outros, que tenha hábitos alimentares saudáveis, assim como a prática de exercício físico. Em algumas situações isto não acontece, sobretudo na fase da aposentação, uma vez que existe um “corte” na relação com os colegas. Com este afastamento social, alguns idosos têm futuramente dificuldades em desenvolver novas relações sociais, provocando isolamento social (Borges et al., 2017).

O processo de envelhecimento pode ser dividido em envelhecimento normal ou primário e envelhecimento patológico ou secundário. O envelhecimento normal é caracterizado por alguns problemas cognitivos como por exemplo a memória (Ribeiro, 2014), menor mobilidade e também alguns esquecimentos, que ainda não são considerados patológicos, uma vez que não afetam a qualidade de vida do idoso. Contudo, se estes mesmo exemplos apresentaram uma dificuldade para a pessoa isto já é considerado um processo patológico. Sendo este fator patológico, desencadeado por problemas emocionais, o ambiente em que a pessoa vive (calmo ou com demasiado *stress*), assim como os seus hábitos de vida (prática de exercício, hábitos alimentares), podendo desenvolver doenças ou lesões que afetem a qualidade de vida da pessoa idosa (Alberte et al., 2015).

Todavia, tanto o envelhecimento normal como o patológico, são diferenciados através das queixas que os idosos apresentem. Com o progresso do envelhecimento, acabam por aparecer

algumas mudanças patológicas em relação ao cérebro. Se for de uma forma persistente é aconselhável a pessoa procurar a ajuda de um médico. Através do diagnóstico, normalmente, realizado por um neuropsicólogo, este irá perceber se as queixas são consideradas normais (envelhecimento normal), ou se requerem maior atenção (envelhecimento patológico) (Ribeiro, 2014).

Com a evolução do processo de envelhecimento existem algumas áreas cerebrais que são afetadas como, a redução do volume da massa cinzenta que é composto por corpos neurónios que são responsáveis por funções como linguagem, memória e motricidade, com a perda dos mesmos, o volume da massa cinzenta começa a reduzir e dá origem à atrofia cerebral (Cochar-Soares et al., 2021).

Uma forma de tentar combater este perigo é através do envelhecimento ativo que é considerado um fator de proteção para combater a imagem negativa sobre o envelhecimento. O envelhecimento ativo é caracterizado pela prevenção e autocuidado que engloba doenças, alimentação, bem-estar físico e psicológico (China et al., 2021).

O conceito de envelhecimento ativo foi desenvolvido em 1990 pela OMS e tinha como objetivo que os idosos pudessem usufruir de uma saúde de qualidade, podendo participar livremente na sociedade, contribuindo para que se sentissem realizados nos seus trabalhos. Desta forma, teriam as mesmas oportunidades que os mais jovens, ao usufruírem dos serviços de saúde (física e mental), participarem nos trabalhos (pagos ou não, como, por exemplo, em regime de voluntariado), contribuindo para que se sentissem ativos ao participarem ativamente na sociedade, sentindo-se valorizados (Steinmayr et al., 2020).

Incentiva-se a criação de leis que permitam aos mais velhos usufruir melhor desta nova fase da sua vida. A reforma pode ser vista negativamente, pela tendência para o sedentarismo, desenvolvendo doenças, como obesidade, doenças cardiovasculares, entre outras. Por outro lado, também pode ser vista como uma fase positiva, em que têm a

oportunidade de aproveitar para fazer o que não conseguiam enquanto estavam a trabalhar, como aproveitar mais tempo para a família, passear, fazer exercício físico e aproveitar a vida social.

Um fator benéfico é o setor da saúde. Com o avanço da medicina, juntamente com o uso de fármacos, os idosos tendem a viver com mais saúde em comparação com os anos anteriores. Ao estarem saudáveis, podem trabalhar durante mais tempo, aumentando a idade da reforma. Devido ao baixo índice de natalidade, os idosos têm a possibilidade de trabalhar mais tempo, independentemente da sua idade. Desta forma, estão a contribuir para que a economia do país continue a crescer, e para que, futuramente, se possam aposentar e usufruir da sua reforma (Ferreira, 2015).

1.1.3 Prevalência e incidência

Os dados de 2020 do Instituto Nacional de Estatística (INE), mostram que, em 2019, existiam, em Portugal, 2 280 424 idosos (pessoas com mais de 65 anos). O que representa um índice de envelhecimento de 163,2%, com maior impacto na zona do Alentejo, cujo valor ascende a 206,1. Devido a este aumento significativo espera-se que, entre 2019 e 2080, o número de idosos, por cada 100 jovens, possa quadruplicar, ou seja, se agora existem 163,2 idosos por cada 100 jovens, em 2080 passará para 300,3 por cada 100 jovens. Verificou-se ainda que existem mais mulheres a viver sozinhas, por exemplo, devido à viuvez. Observouse que o número de mulheres viúvas corresponde a 0,6 por cada 1000 habitantes; já nos homens observam-se 2,7 por cada mil habitantes (INE, 2024).

1.1.4 Teorias explicativas do envelhecimento

Neste ponto serão abordadas três teorias explicativas do envelhecimento, sendo elas a teoria do Desenvolvimento Psicossocial, a teoria da Reserva de Stern e por fim a teoria do Desenvolvimento ao Longo da Vida: *Life-span* e *Life-course*.

A Teoria do Desenvolvimento Psicossocial de Erikson caracteriza a fase do envelhecimento, sobretudo no oitavo estágio da sua teoria que se denominou Integridade do Ego vs. Desesperança (Veríssimo, 2002).

De acordo com este estágio, ao atingir a velhice, a ideia de fim de vida torna-se mais presente, conduzindo a uma introspecção sobre o que se viveu, o que se alcançou, sentindo-se, ou não, satisfeito com as suas conquistas. A integridade corresponde à aceitação e satisfação das conquistas pessoais, (por exemplo ter criado os filhos, ter sido capaz de superar uma doença) ou se pelo contrário, a pessoa faz uma análise negativa sobre o que viveu até chegar à velhice. O arrependimento pelo que não foi feito, por quem foi durante a sua vida, conduz a sentimentos de amargura, frustração e não aceitação da morte. Erikson define como desespero, pois a pessoa já não tem muito tempo para alterar o que viveu. Este sentimento de conotação negativa pode desencadear patologias, nomeadamente depressão. O autor ao comparar o primeiro estágio (Confiança vs Desconfiança) com o oitavo estágio, afirma que é importante que as crianças desenvolvam sentimentos positivos, como a segurança, deste modo, não irão enfrentar a vida com medo (Veríssimo, 2002).

A teoria de Reserva Cognitiva de Stern é baseada na forma como o cérebro desenvolve mecanismos para melhorar uma lesão cerebral. Isto é, com a aproximação do envelhecimento, perdem-se células nervosas, podendo desencadear algumas doenças, tais como a doença de *Alzheimer* ou défices cognitivos. As pessoas que possuem maiores recursos cognitivos, possuem uma reserva cognitiva que tem o papel de proteger o cérebro, com a intenção de que este continue com o seu funcionamento pleno a exercer as suas funções diárias (compreender, memorizar, falar, entre outras), mesmo que vá perdendo substância cinzenta relacionada com o envelhecimento (Stern, 2013). As pessoas que apresentam um envelhecimento saudável, que continuam a ter as suas atividades, (e.g., atividades de voluntariado), têm mais possibilidade de estimular e lidar com a reserva cognitiva. A reserva

cognitiva é a capacidade que o cérebro usa como recurso, permitindo um bom funcionamento mental, mesmo quando é confrontado com alguns obstáculos (*deficits*). Ou seja, a reserva cognitiva é uma defesa do cérebro com ferramentas necessárias (recursos e mecanismos) que permitem à pessoa lidar com os desafios que possam colocar em perigo esta mesma função (Cancino et al., 2018).

Cancino et al. (2018) acrescenta que esta teoria de Stern (2002) não deveria ser dividida entre reserva cognitiva e reserva cerebral, uma vez que ambas se complementam. A reserva cognitiva é a capacidade do cérebro de usar recursos de forma flexível e eficiente para manter um bom desempenho mental, mesmo perante desafios ou mudanças no ambiente. É como um *stock* de capacidades que ajuda a pessoa a adaptar-se melhor às exigências cognitivas do dia a dia. A reserva cerebral é definida como modelo passivo. Este tipo de reserva encontra-se relacionada com as conexões sinápticas neuronais e com o tamanho do cérebro, que com o envelhecimento tende a diminuir. No entanto há sujeitos que podem ter a mesma dimensão cerebral e até o mesmo problema neurológico, mas manifestarem efeitos distintos. Estando uma lesão presente os cérebros têm a capacidade de se adaptar e compensar esta mesma lesão através de processos cognitivos existentes ou criar processos, de modo a continuar com o seu funcionamento pleno (Landerger et al., 2019).

A teoria do Desenvolvimento ao Longo da Vida, foi criada por Baltes (1897), esta é considerada uma das teorias mais presentes na psicologia do envelhecimento. O conceito *lifespan* é caracterizado pelo desenvolvimento individual da pessoa desde o início de vida (nascimento) até ao fim de vida (morte). O processo de envelhecimento é caracterizado por mudanças biológicas, físicas e mentais, no decorrer de vida. Porém, muitos destes fatores são influenciados pelo meio social e cultural em que o indivíduo está inserido. Esta teoria pretende perceber como é que o corpo e a mente vão mudando com o passar dos anos, assim

como o desenvolvimento cerebral e as capacidades mentais se vão modificam com o passar do tempo (Tomé & Formiga, 2020).

O *life-course* é o conceito que quer dizer curso de vida, focando-se em fatores externos (processos sociais), que influenciam a vida do idoso. Porém, esta influência é praticada por grupos e organizações (influência de família, amigos e até políticas implementadas), que acabam por ter impacto na maneira de pensar e agir do sujeito. O desenvolvimento ao longo da vida é feito de conquistas e de perdas, mas é focado através da idade, da coorte e da idiossincrasia. As mudanças naturais que vão surgindo acontecem por causa da idade e são influenciadas pela interação entre o sujeito e o ambiente. Apesar de serem mais intensas durante a infância e no envelhecimento; a coorte é focada nos sujeitos que nasceram no mesmo sítio e ano, e por isso iram ter experiências parecidas devido às macroestruturas históricas e culturais e por último, a influência idiossincrasia refere-se a acontecimentos imprevisíveis e únicos que afetam, de forma individual, o sujeito, o que obriga a maiores recursos pessoais e sociais para lidar com os mesmo (como perda de emprego, viuvez e doenças) (Neri, 2006; Tomé & Formiga, 2020). Na infância existe uma elevada influência biológica (com o desenvolvimento cerebral e do corpo), mas com o passar do tempo as experiências sociais e culturais acabam por ter mais impacto. Uma vez que na infância o mais importante é o desenvolvimento e o crescimento de novas capacidades, porém na velhice tentam manter os recursos que ganharam ao longo da vida e minimizar as perdas decorrentes do processo de envelhecimento (e.g., corpo, saúde, relações pessoais e afetivas) (Neri, 2006; Tomé & Formiga, 2020).

Durante o processo de envelhecimento, existe uma menor plasticidade comportamental (dificuldade em aceitar mudanças), porém a resiliência, que inclui competência pessoal, autoestima e controle emocional permite que o sujeito consiga adaptar-se a situações difíceis (Fontes, 2016; Tomé & Formiga, 2020).

1.1.5 Fatores de risco e fatores de proteção

Com o processo de envelhecimento surgem alguns fatores de risco como o tabagismo, o consumo excessivo de álcool e obesidade. (Francisco et al., 2019).

O tabagismo é um fator de risco, uma vez que cria dependência e pode desencadear patologias a nível respiratório, cardíaco e até cancro. Estas patologias intensificam-se sobretudo em idosos que começaram a fumar ainda muito jovens (Barbosa et al., 2018).

O tabagismo é um acelerador do processo de envelhecimento, uma vez que possibilita vasoconstrição, isto é, o fluxo sanguíneo diminui, dificultando assim a passagem de oxigénio nos tecidos do organismo. Tal facto pode originar doenças como isquemia devido à falta de colagénio e vitamina A, por sua vez a pele torna-se mais flácida, o que origina o surgimento mais acentuado de rugas no rosto, as maçãs do rosto e a mandíbula tornam-se mais visíveis devido à falta de massa muscular, o tom de pele também se modifica e vai perdendo o brilho. Sendo a nicotina um componente do tabaco, a diminuição do estrogénio nas mulheres, decorrente da nicotina, também aumenta o processo de envelhecimento (Ferraz et al., 2021).

A ingestão de álcool, mesmo que em pouca quantidade, afeta o estado de saúde do idoso. O corpo acaba por ter mais dificuldade em processar o álcool, podendo levar ao surgimento de problemas mentais (cérebro mais lento devido ao álcool) ou físicos (problemas no fígado, menos água no corpo). A ingestão de álcool aumenta o envelhecimento, uma vez que, existe uma diminuição de antioxidantes, que acaba por deixar o sistema imunitário mais fraco. Mesmo que a pessoa tenha uma alimentação saudável, a ingestão do álcool acaba por ter impacto nas proteínas dessa mesma alimentação (Ferraz et al., 2021).

A obesidade é outro fator de risco do envelhecimento. Surge devido ao aumento da massa gorda que se situa, normalmente, na zona abdominal, que pode originar resistência à insulina (o corpo não consegue controlar os níveis de açúcar presentes no sangue), anormalidades dos lipídios (existência de gordura no sangue que pode desencadear problemas

como colesterol elevado), alterações hormonais (relacionadas com o metabolismo) e por fim inflamação crônica (o corpo está sistematicamente com uma inflamação que pode originar problemas cardíacos e nas articulações) (dos Santos et al., 2013). A obesidade está cada vez mais está presente na população e pode dificultar a capacidade física (como caminhar) do idoso, aumentando a dificuldade na sua autonomia (como fazer as suas tarefas diárias), comprometendo a qualidade de vida e estando mais presente o risco de morte (com doenças cardiorrespiratórias, diabetes, hipertensão) (dos Santos et al., 2013).

Em relação aos fatores de proteção, pode destacar-se a prática de exercício físico, a resiliência e o suporte social.

A prática de exercício físico permite uma melhor qualidade de vida, pois dificulta o surgimento de doenças, mantendo a autonomia funcional, possibilitando um envelhecimento saudável e ativo (de Oliveira et al., 2020), ajuda a melhorar características físicas, psicológicas e sociais, mantendo as funções físicas e cognitivas (memória e mobilidade), diminuindo assim o surgimento de patologias (Biehl-Printes et al., 2019).

A resiliência é outro fator de proteção, uma vez que com o aumento da idade podem surgir obstáculos relacionados com a saúde ou perdas de familiares e amigos, desencadeando sentimentos negativos. A resiliência é importante, pois permite que o idoso desenvolva estratégias de *coping* que lhe permita ultrapassar estes mesmos obstáculos. O sujeito ser resiliente permite um olhar positivo/adequado em relação a um problema, melhorando desta forma a qualidade de vida (Wosiack et al., 2013; Silva et al., 2019).

O suporte social, é também importante, uma vez que o idoso tem uma rede de pessoas com quem pode contar (seja composto por família, ou amigos) e esta mesma rede traz benefícios na qualidade de vida. O sujeito sente-se bem com ele próprio (seja a nível físico, como emocional), a rede apoio ajuda a prevenir o declínio cognitivo, uma vez que o idoso continua com a sua autonomia, sendo ainda responsável pela tomada de decisão. Desta forma

quanto melhor forem os vínculos estabelecidos, melhor será o apoio social que o idoso recebe, assim como a sua qualidade de vida (Moretti Luchesi et al., 2015).

1.2 Solidão

1.2.1 Definição de solidão

A solidão é um sentimento comum, mas sentido individualmente, o sujeito encontra-se desconectado ou sem apoio familiar e social. Porém não quer dizer que o sujeito esteja sozinho fisicamente, mas sim mentalmente. O sentimento de solidão pode ser vivenciado por diversos fatores, nomeadamente os fatores internos como a personalidade, ou seja, se é mais introvertida ou extrovertida, e também por fatores externos, como a rede social e familiar. Contudo, o sujeito que não apresenta uma rede de relações fortes e saudáveis, mesmo estando rodeado de pessoas, pode sentir solidão (Rodrigues, 2018).

Para Hutten et al. (2021), a solidão é caracterizada por sentimentos negativos, podendo ser influenciada pela rede de suporte social que se apresenta enfraquecida. Sem este apoio o sujeito pode experienciar mais níveis de solidão. Holt-Lusntad et al. (2015), acrescentam que a falta da rede social aumenta o risco de desencadear patologias.

Para Zapata e Arredondo (2012), a solidão está relacionada com a insatisfação de um sujeito com a sua rede de relacionamentos mais próxima. Para estes autores, isto não está necessariamente relacionado com a quantidade, mas sim com a qualidade dos vínculos que estabelecem, como terem uma boa relação afetiva com a família e com a sua rede de amigos.

Por sua vez, Barroso et al. (2016) acrescentam que a solidão é experienciada em diferentes faixas etárias. Porém, referem que esta não é sinónimo de a pessoa estar sozinha, uma vez que há pessoas que preferem estar mais isoladas e lidam bem com isso. Afirmam ainda que a solidão pode ser percecionada mesmo quando rodeado de pessoas. Este sentimento pode ser influenciado por fatores emocionais (e.g., depressão).

1.2.2 Prevalência e incidência

Segundo Martins et al. (2023), em Portugal, em 2022, 24% da população era idosa, sendo que 57% correspondiam a mulheres, 25% viviam sozinhas e 15% tinha mais de 85 anos.

A solidão e o isolamento social afetam o estado físico e mental do idoso, uma vez que aumentam o risco de patologias (depressão, ansiedade, assim como a perda de autonomia). Por sua vez, a aposentadoria, estado civil, sobretudo viuvez, a migração dos filhos e as relações sociais enfraquecidas podem desencadear elevados níveis de solidão (OMS, 2021).

O estudo português realizado pelo Centro de Conhecimento *Rep. Circle The Reputation Platform* (2021) apresentou uma amostra de 2.273 participantes e concluiu que 24.42% sofrem de solidão, onde 50,11% apresentaram sentimentos de tristeza e 62.74% de ansiedade (Reputation Circle, 2021). Do mesmo modo, um estudo realizado pelo Centro de Investigação em Tecnologias e de Serviços de Saúde (CINTESIS) e pela Administração Regional de Saúde (ARS) do Norte (2019), com uma amostra de 150 participantes com idade igual ou superior a 65 anos, na zona urbana do norte do país, tendo como objetivo analisar o impacto da solidão em idosos que estão a ser seguidos pelo centro de saúde, concluiu que 91% dos participantes sentem solidão, e cerca de um terço apresenta níveis de solidão mais elevados.

Os Censos Sénior realizados em 2024 concluíram que 42 873 idosos vivem sozinhos ou isolados ou numa situação de vulnerabilidade devido à sua condição física ou psicológica, estando a sua segurança em causa. Só o distrito de Lisboa registou 1078 de idosos em risco.

1.2.3 Teorias explicativas da solidão

Nesta parte serão abordadas duas teorias que são, abordagem centrada na pessoa, teoria interacionista.

A abordagem centrada na pessoa surgiu na década de 40 nos Estados Unidos da América, através do psicólogo Carl Rogers. Rogers defende que o sujeito tem a capacidade de mudar o seu comportamento, de forma autónoma e autodeterminada, de maneira a enfrentar as adversidades. Através da determinação e vontade própria de o sujeito querer mudar, este consegue, através de um processo adaptativo de se ao complexificar (BorjaSantos, 2004).

O sujeito sente um vazio parecido com a solidão, devido à falta de relações pessoais e sociais que sejam verdadeiras, que permitam apresentar o seu *self real* (o que ele realmente é) colocando de lado o *self ideal* (o que os outros esperam que a pessoa seja) (Jumaa, 2021).

O sentimento de solidão é mais percecionado em sujeitos que apresentem um *self real*, uma vez que, o receio de serem criticados e julgados, faz desenvolver o medo. Este medo faz com que os sujeitos acabem por esconder os seus verdadeiros pensamentos e sentimentos e desta forma, por medo tendem a isolar-se, aumentando assim os níveis de solidão (Pocinho & Macedo, 2017).

A teoria interacionista foi desenvolvida por Piaget e Vygotsky em 1896, porém contou com vários autores, para o seu desenvolvimento, nomeadamente Weiss. O sociólogo Weiss (1973) afirma que a solidão é separada entre fatores sociais e pessoais. Os fatores sociais dizem respeito à insuficiência do relacionamento social, ou seja, o sujeito não mostra interesse em manter uma relação social, o que não é saudável, aumentando a predisposição para o isolamento social. Assim como a solidão, os fatores pessoais estão relacionados com a personalidade de cada sujeito e a maneira como pode ou não desenvolver vínculos, ou seja, se o sujeito apresentar uma personalidade mais extrovertida, tem mais possibilidade de se relacionar com terceiros, em comparação com o sujeito que apresenta uma personalidade introvertida, pois os sentimentos de medo e receio acabam por afetar o contacto social (Amorim et al., 2019). Weiss (1973), acrescenta ainda que a solidão se divide em solidão

social e solidão emocional. A solidão social, remete para quando a rede se apresenta frequentemente enfraquecida. Daí ser importante que os idosos procurem combater a solidão através do convívio com vizinhos, família e amigos. O sentimento de solidão emocional pode ocorrer pela ausência de afetos, carinho ou até mesmo segurança, após ter perdido, por exemplo um familiar ou até mesmo de amigos muito próximos (Amorim et al., 2019).

Ambos os conceitos são caracterizados com sentimentos como vazio, tristeza, ansiedade. Por sua vez, uma relação saudável tem de ter um vínculo bem estabelecido, isto é, a relação tanto social como emocional tem de ter características em comum como respeito, afeto, carinho, atenção, confiança, de modo a evitar-se o sentimento de solidão. Resumindo, quanto maior for a interação social e pessoal, maiores serão as relações estabelecidas e menores serão os sentimentos de solidão (Amorim et al., 2019; Herédia et al., 2019).

1.2.4 Fatores de risco e de proteção da solidão

O processo de envelhecimento pode desencadear alguns fatores de risco como isolamento social, estado civil, relações familiares estabelecidas, o surgimento de doenças do foro psiquiátrico, como a ansiedade e a depressão, perda de autonomia e institucionalização. O isolamento social e o suporte social interligam-se. Sendo o isolamento social um fator de risco, uma vez que o idoso evita as interações com a sua família, mas também os com os seus amigos. De facto, este evitamento pode desencadear problemas psicológicos (e.g., Alzheimer, depressão) e físicos (dificuldade na mobilidade, ficando dependentes), deixando o idoso mais vulnerável (Cené et al. (2022); Lorenzo et al., 2019; Rodrigues (2018),).

O estado civil também se apresenta como um fator de risco para a solidão, nomeadamente a alteração do estado civil, por exemplo, com o divórcio ou a morte do cônjuge. A viuvez, é caracterizada pela perda do conjuge e perda provoca uma grande mudança na vida do idoso, tanto a nível social como familiar. Antes a pessoa idosa partilhava as suas tarefas do quotidiano, desfrutava da companhia do parceiro e compartilhava as suas

angústias. Quando sucede a morte do cônjuge, muitas pessoas tendem a isolar-se e a fomentarem sentimentos de solidão. Que pode agravar-se quando não existe uma boa relação entre a família, (e.g., pais e filhos que não mantêm contacto, ou com a saída dos filhos para outra região ou para o estrangeiro) (Rodrigues, 2018).

As relações familiares estabelecidas também podem ser consideradas como um fator de risco devido a não existir um laço vincutivo saudável, a falta de interesse por exemplo dos filhos em relação aos pais, a prática de maus-tratos como serem negligenciados ou até mesmo abandonados, afetando diretamente o bem-estar do idoso (Martins, 2017).

Outro fator de risco são o surgimento de patologias, como a depressão e a ansiedade.

A depressão afeta grande parte da população, sobretudo idosa, e prejudica a qualidade de vida, desencadeando sentimentos negativos, afetando o pensamento do idoso, nomeadamente através de uma visão mais negativa do mundo ao seu redor, sentindo-se cansado e desmotivado, afetando ainda a qualidade de sono (Almeida et al., 2015).

Desta maneira, a depressão pode aumentar o isolamento e a solidão. No entanto, a identificação desta patologia na população idosa, é por vezes difícil o que compromete o tratamento. Este tratamento também pode ficar comprometido devido ao valor monetário, aumentando o risco de suicídio (Oliveira et al., 2006).

A ansiedade é outra das patologias mais frequentes nos idosos. Manifesta-se sobretudo devido à falta de suporte social, dificuldades nas relações familiares, acabando por desenvolver sofrimento emocional no idoso. A ansiedade pode ser despoletada através do medo e tensão muito persistente, dificultando a respiração e levando a pensamentos negativos. Estes sintomas podem desencadear níveis mais elevados de *stress*, afetando o bemestar físico e emocional da pessoa idosa (De Oliveira et al., 2017).

Outro fator de risco é a perda de autonomia que leva à possibilidade dos idosos se tornarem dependentes de terceiros para realizarem as suas atividades de vida diária.

Conforme o processo de envelhecimento avança, a pessoa idosa começa a perder algumas capacidades como a audição, a visão, a força nos músculos e ossos, podendo originar quedas por vezes difíceis de curar (Simoceli et al., 2003; Silva et al., 2013; Yamada et al., 2018). O mesmo acontece no processamento de informação, pois o seu cérebro encontra-se mais lento, afetando o pensamento e os movimentos corporais (Simoceli et al., 2003; Silva et al., 2013).

Estas mudanças na vida do sujeito podem trazer algumas fragilidades do foro cerebral, nomeadamente patologias, como o Acidente Vascular Cerebral (AVC), demências (doenças neurológicas), ansiedade e depressão (doenças psiquiátricas). (Tsarkov & Petlovanvi, 2019). O AVC, acaba por afetar uma parte do cérebro comprometendo o seu funcionamento, sobretudo na função cognitiva da linguagem, memória, a parte motora, que desta forma irá desenvolver obstáculos na sua independência e interação social. Em casos mais graves pode desencadear demência como o *Alzheimer*, que traz sofrimento emocional, tanto para o idoso como para os seus familiares. A depressão e a ansiedade podem afetar o nível emocional e físico através de sentimentos de tristeza, isolamento social, falta de apetite, insónias, agressividade entre outros. (Tsarkov & Petlovanvi, 2019).

As situações de institucionalização também podem desencadear sentimentos de solidão, na medida em que, com a mudança de residência, os idosos podem sentir-se abandonados e terem dificuldades de adaptação à nova realidade, (e.g., horários das atividades diárias, interações com estranhos ou partilha de espaços comuns, como é o caso dos quartos, com pessoas que não escolheram) (Lopes, 2015).

O estudo de Rodrigues et al. (2019) teve como objetivo analisar os níveis de solidão na população idosa institucionalizada. Apresenta com uma amostra de 135 idosos de ambos os sexos (94 do sexo feminino e 41 do masculino), com idades compreendidas entre os 65 e os 99 anos. Um dos instrumentos utilizados neste estudo foi a escala Universidade da Califórnia, Los Angeles (UCLA). O estudo concluiu que a institucionalização foi influenciada

pela presença de patologias crônicas em 7,6% dos casos, nomeadamente doenças cardiovasculares, mentais e respiratórias. A incapacidade dos idosos representa 41,1% das institucionalizações, e a falta de tempo dos familiares para prestarem os cuidados corresponde 23%.

Neste estudo também se verificou que entre os 65 e 70 anos, principalmente os homens viúvos, eram os que mais sofriam de solidão.

Como fatores de proteção em relação ao processo de envelhecimento destacam-se ter uma alimentação equilibrada, a prática de exercício físico, a prevenção e controlo de doenças e a interação social.

A alimentação saudável deve ser rica em fruta, verduras, legumes, pois contém vitaminas que ajudam a prevenir o surgimento de doenças como a hipertensão e ajudam manter a pele saudável (Johner & Neto, (2021). Por sua vez, a prática de exercício físico permite que o idoso não perca a sua mobilidade, assim como, pode ajudar à interação social, e diminuir os níveis de *stress*, depressão e ansiedade. Ajuda os idosos a melhorar a qualidade de sono e a autoestima, originando estados emocionais positivos como sentir-se feliz. O exercício também ajuda a trabalhar a memória (Casagrande et al., 2018; Correia & dos Santos, 2022). A prevenção e controlo de doenças nos idosos é também importante, uma vez que melhora a qualidade de vida dos mesmos e ajuda a desmistificar pensamentos disfuncionais, aumentando a autoestima e a informação sobre tratamentos adequados, em caso de patologia que requer maior atenção, permitindo ao idoso ser capaz de tomar decisões de forma informada e independente (Rocha et al., 2024).

A interação social, assim como as atividades são benéficas devido ao contato com terceiros, podem diminuindo o uso de fármacos, prevenção de doenças, solidão e até mesmo a institucionalização (Fleurí et al., 2013).

1.3 Gerontofobia

1.3.1 Definição de gerontofobia

A gerontofobia pode ser considerada uma fobia que afeta diretamente o sujeito com a aproximação da terceira idade e caracteriza-se pelo medo sistemático e exagerado que o sujeito manifesta em relação ao processo de envelhecimento (Carneiro et al., 2020). A gerontofobia não é considerada uma patologia pela *International Classification of Diseases* (CID-11), nem pelo – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-V). A gerontofobia pode ser manifestada através do medo de envelhecer, provocando ansiedade e pensamentos disfuncionais (Rosa et al., 2018).

Para Goldfard (2010), o termo gerontofobia agrega estereótipos, preconceitos e discriminação. Isto inclui crenças e atitudes negativas em relação à pessoa idosa, pode desencadear medo de envelhecer e preconceitos com ela mesma, sem ter consciência dos seus comportamentos desajustados.

Segundo os autores Barreto & Machado (2021), a gerontofobia tem origem em “*geron*” (do latim), que significa “homem velho” e “*phobos*” (do grego), que significa “medo”. Desta forma, estes autores defendem que a gerontofobia é caracterizada por um medo excessivo de envelhecer ou, por outro lado, as pessoas desenvolvem um medo incontrollável em relação aos idosos. O que pode contribuir para o isolamento dos idosos por medo de serem rejeitados, sentindo-se angustiados e tristes, surgindo, desta forma, a depressão. Em alguns casos, a pessoa idosa acaba por desenvolver algum tipo de incapacidade, seja mental ou física, uma vez que é influenciada pela ideia de que a velhice é sinal de fim de vida (morte), uma ideia desencadeada não só em relação a si, mas também aos que o rodeiam. Esta começa a manifestar-se entre os 50 e os 60 anos de idade (Manhães *et al.*, 2018).

A informação sobre a gerontofobia em Portugal é muito escassa. Um dos poucos estudos encontrados foi realizado por Fernandes (2012), cujo principal objetivo foi comparar

o nível de gerontofobia entre Portugal e o Brasil. Neste estudo foram inquiridas 535 pessoas, 476 portuguesas e 59 brasileiras, em que 70% era do sexo feminino e 30% do masculino, com idades compreendidas entre os 17 e os 71 anos. Os instrumentos utilizados foram um questionário sociodemográfico e o Questionário de Avaliação de Gerontofobia (QAGE). O estudo revelou que a população da faixa etária entre os 41 e os 50 anos apresenta níveis mais elevados de gerontofobia (27,1%) do que os mais jovens (17,9%). A investigação revelou também que foram os homens que apresentaram níveis mais elevados de gerontofobia. Embora as mulheres procurem mais tratamentos estéticos para adiar a velhice do que os homens, os participantes com maior nível de literacia (52% são licenciados) demonstraram uma taxa menor de gerontofobia. O estudo concluiu ainda que os portugueses apresentaram níveis de gerontofobia mais elevados do que os brasileiros (Fernandes, 2012).

No estudo de Araújo & Carvalho (2023), no ocidente os idosos são vistos como mais vulneráveis, descritos como fracos e que já não servem para a produção da economia. Acrescentam ainda que a gerontofobia tem na sua base crenças, afetos e comportamentos. Na medida em que estão presentes estereótipos e preconceitos relativamente a um grupo de indivíduos ou apenas uma pessoa, o que pode levar a atitudes negativas, nomeadamente discriminação, que, por sua vez, leva a comportamentos de exclusão social, que, em última instância, contribuem para o isolamento do idoso e consequente solidão.

1.3.2 Teorias explicativas da gerontofobia

Neste sítio serão abordadas duas teorias que são: a Teoria do Estigma e a Teoria da Identidade Social.

Goffman (1988), através da Teoria do Estigma, defende que o estigma é caracterizado pela forma negativa de olhar os outros. Contudo, defende que o estigma deve ser mais focado nas relações do que nas atribuições negativas, isto é, nas comparações feitas. Esta teoria apresenta três estigmas diferentes:

O primeiro é o estigma físico, está relacionado com as condições físicas, por exemplo, deficiência física; o segundo é o estigma de culpa de carácter individual, que diz respeito a comportamentos e atitudes de conotação negativa que são repudiados pela sociedade, por exemplo, o alcoolismo, prisão ou tentativa de suicídio; terceiro é o estigma de grupos, o que inclui a raça, a nação e religião.

No caso específico dos idosos, o estigma está relacionado com serem apelidados como doentes e inúteis. Estas atribuições com conotação negativa são reflexo da forma como a sociedade vê e encara os mais velhos, contribuindo para o isolamento social e para a persistência do medo com que a população, que ainda não entrou na terceira idade, encara o processo de envelhecimento, fomentando a gerontofobia.

Na Teoria da identidade social de Tajfel e Turner (1979), a identidade social é a forma como o sujeito se vê a si próprio. Sendo influenciado pela categorização social, nomeadamente o agrupamento de pessoas que apresentam características semelhantes, desenvolvendo grupos baseados em raça, género ou classe a que pertence (Allidina & Cunningham, 2023). Esta teoria é baseada em três pressupostos: O primeiro pressuposto está relacionado com a identidade social, em que o objetivo do sujeito é manter ou melhorar a sua autoestima, para a qual o autoconceito irá contribuir positivamente; o segundo pressuposto diz respeito aos grupos sociais, em que o sujeito tenta afirmar-se num grupo, influenciado pela sua categorização social. Contudo, esta associação a um grupo pode desencadear tanto valores positivos, como melhor autoestima e sentimentos de pertença como negativos, sendo eles maior competição entre os elementos do grupo ou atitudes discriminatórias sobre o grupo rival (Fernandes & Pereira, 2018); o terceiro pressuposto refere-se à imagem do grupo, por exemplo, o autor dividiu dois grupos de forma aleatória, para competirem, apesar dos elementos de cada grupo não se conhecerem, ambos trabalhavam para que o grupo onde estavam incluídos pudesse ser superior em relação ao grupo rival. Esta imagem pode ser

influenciada pelas características dos elementos dos outros grupos “rivais” assim como a classe social a que pertencem.

A imagem do grupo interno (*in-group*), é avaliada através dos outros grupos externos (*outgroups*), tendo em conta as características de cada um dos elementos dos dois grupos. Segundo o autor, se a imagem do grupo interno for positiva em relação ao grupo externo, é benéfico, uma vez que são vistos como grupo superior, o que aumenta a autoestima do grupo. Porém, se a imagem do grupo interno for vista negativamente por parte do grupo externo, acaba por afetar a autoestima do grupo (pp. 59-60).

É importante perceber quais são as características fundamentais para compreender a diferenciação entre grupos. Primeiramente, o sujeito deve identificar-se com o grupo a que pertence (*in-group*). A categorização realizada por outros sujeitos do grupo nem sempre define a identidade da pessoa que quer entrar. Isto é, o sujeito até pode pertencer a um grupo, porém, não é obrigado a identificar-se com o mesmo. Desta forma, as ideias do grupo não o influenciam, o que pode conduzir à não integração do grupo e a ir “procurar” um outro grupo com o qual se identifique. Em segundo lugar, a diferenciação entre grupos só é devidamente importante quando as características que cada um possui forem verdadeiramente significativas (como valores, crenças, história de vida semelhante). Em último lugar, os grupos internos não se comparam com todos os grupos externos. São seletivos, procurando desta forma um grupo externo com que se identifiquem, que possuam características que os mesmo considerem adequadas para o grupo interno. O mesmo acontece com os idosos, que acabam por ser considerados grupos externos, sendo alvo do preconceito em relação a grupos internos compostos pelos jovens (Figueiredo et al., 2014).

1.3.3 Fatores de risco e proteção da gerontofobia

À medida que o sujeito vai envelhecendo fica mais suscetível à gerontofobia, estando presentes fatores de risco como, os pensamentos disfuncionais, preconceito, representações negativas dos meios de comunicação.

Alguns dos sintomas desta fobia são pensamentos com conotação negativa que ocorrem de forma sistemática e persistente, baseados em manter uma pele lisa, rejuvenescida, pintar o cabelo com o intuito de preservar uma aparência jovem. Contudo estes procedimentos, para muitos idosos, acabam por ser dispendiosos e não sendo possível de realizar podem afetar a autoestima (Figueira et al., 2024).

A gerontofobia também se relaciona como o termo *ageism*, que em português significa idadismo, devido a ambos serem baseados no preconceito, da idade e por ser vivenciado em diversos contextos, como é no caso do trabalho, família, cuidados de saúde. No trabalho, as pessoas de idade avançada tendem a ter muita dificuldade na obtenção de emprego; durante as entrevistas, sofrem preconceito e discriminação e são vistas de forma depreciativa, pois são categorizadas como velhas, já não servem, não se encontram aptas para lidar com as novas tecnologias entre outros. Acabam por ser vítimas de preconceito e discriminação pela diferente forma de tratamento, são consideradas as velhas da empresa, comparativamente às mais novas. Se estiverem próximas da idade da reforma, são colocadas de parte, muitas vezes são infantilizadas em algumas situações e, se a empresa tiver de começar a despedir alguns funcionários, normalmente são as pessoas de idade avançada as primeiras a serem despedidas (Cabral & Ferreira, 2013).

A gerontofobia também pode ser exercida pela família através de paternalismo, sendo caracterizado por uma proteção autoritária e excessiva dos familiares para com o idoso. Este paternalismo é uma crença que o cuidador desenvolve em relação a cuidar do idoso, que inclui uma proteção excessiva que restringe a liberdade na tomada de decisão e a autonomia

do mesmo. Em muitas situações o sujeito só tem como finalidade ajudar o idoso, mas não percebe que o está a prejudicar (Fernández-Ballesteros et al., 2019).

Em relação aos cuidados dos profissionais de saúde, difere muito de cada profissional, isto é, muitos podem apresentar crenças em relação às pessoas de idade avançada, e, consequentemente, atendem-nas de forma desadequada, alguns médicos desvalorizam as dores dos pacientes, justificando que é normal devido à idade (preconceito). Um outro aspeto é que as pessoas de idade avançada são colocadas de parte quando se trata de um tratamento mais prolongado e de elevado custo (Wyman et al., 2018).

Os meios de comunicação, são considerados um fator de risco devido à importância que atribuem à aparência física, à pele lisa rejuvenescida e aos cabelos brancos, apresentando soluções através de produtos cosméticos de antienvelhecimento (Coutinho et al., 2013; Limoeiro, 2012). Este tipo de anúncio faz com que os idosos sejam confrontados diariamente com o processo de envelhecimento, uma vez que este é caracterizado pela “perda da juventude”, apresentando de forma inconsciente a desvalorização do envelhecimento (Coutinho et al., 2013).

O mesmo acontece com a participação das pessoas idosas na televisão, muitas vezes são atribuídos papéis de menor destaque e em muitas representações são vistos como frágeis, doentes (Durão, 2022).

Como fatores de proteção destacam-se a promoção de autonomia e o contato com gerações mais novas.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2015), através do relatório que promove o envelhecimento, a autonomia está ligada à capacidade de viver de maneira independente, através da tomada de decisão que acaba por influenciar a vida do idoso, permitindo manter a dignidade, o respeito, e liberdade na tomada de decisão, contribuindo para uma melhor qualidade de vida.

O mesmo acontece em idosos institucionalizados, quando lhe é dada autonomia, por exemplo nas suas tarefas diárias como comer ou vestir sozinhos. Esta liberdade contribui para o desenvolvimento cognitivo, uma vez que faz com várias áreas do cérebro se mantenham ativas, como por exemplo, o raciocínio e a memória, aumentando o bem-estar físico e emocional (Paque et al., 2017).

O contato intergeracional permite a interação de duas gerações diferentes, é visto como positivo e pode levar à diminuição do preconceito. Classifica-se como direto, quando o jovem ou criança interagem presencialmente com a pessoa idosa, ou indireto, quando a interação das duas faixas etárias não é cara a cara, mas, por exemplo, através das tecnologias (Kwong, 2022).

Esta interação permite que os idosos se sintam valorizados e integrados na sociedade, fomentando a motivação para a participação em atividades (trabalhando a parte cognitiva), diminuindo os níveis de solidão, e permitindo uma partilha de conhecimento entre as diferentes gerações.

1.3.4 Atitudes negativas da gerontofobia

As atitudes negativas são influenciadas pela idade e aparência física da pessoa. Estas atitudes negativas são muitas vezes desencadeadas pela população mais jovem que tem ideias erradas sobre o que é o envelhecimento. Desta forma a pessoa adulta idosa, é alvo atitudes negativas.

Segundo o dicionário da APA (*American Psychological Association*) a atitude negativa é praticada sobre uma pessoa ou a um grupo, através de fatores externos (e.g., a sociedade com ideias negativas pré-definidas). As atitudes negativas podem incluir ainda o preconceito composto por um fator afetivo (pena, desprezo e ódio), mas também por fatores cognitivos (crenças disfuncionais sobre um grupo, onde está incluído os estereótipos negativos).

De acordo com Swift et al. (2017) os estereótipos podem desencadear uma grande influência na vida de um idoso e são realizados através de três elementos:

O Psicológico em que os estereótipos podem ser implícitos, isto é, ocorrem de maneira inconsciente, e explícitos, quando o sujeito tem consciência (Swift et al., 2017);

O segundo é o elemento comportamental, em que o comportamento é influenciado por decisões e atitudes do sujeito. Se o idoso aceitar que alguns problemas de saúde que surgiram são devidos ao envelhecimento, pode influenciar um comportamento negativo como por exemplo, não se preocupar em manter os hábitos saudáveis por já ser idoso, estando a pessoa desmotivada, ou o contrário, a pessoa encara de forma positiva por exemplo, fazendo caminhadas (Swift et al., 2017);

O terceiro é o elemento fisiológico e está relacionado com o sistema nervoso, que tem a função de responder ao *stress* a que é exposto. Este *stress* pode ser influenciado por palavras de conotação negativa, (e.g., dependente ou inútil), desencadeando, como processo de resposta fisiológica, um *stress* muito intenso (Swift et al., 2017).

De acordo com o *Relatório sobre o Idadismo*, este é dividido em três etapas:

O idadismo institucional, direcionado às leis e às políticas implementadas pelos governantes, que podem condicionar a participação da população idosa, aumentando as atitudes negativas sobre as pessoas mais velhas;

O idadismo interpessoal, que pode ser praticado através de um grupo de indivíduos contra o idoso e o idadismo internalizado, isto é, desenvolvido pelo próprio idoso e usado contra ele próprio.

Foi desenvolvido, em Toronto, um estudo com o objetivo de analisar a auto percepção em relação ao processo de envelhecimento e à idade, com o intuito de explicar a relação com os estereótipos e a discriminação. Contou com uma amostra de 151 participantes, de ambos os sexos, onde 53,6% eram mulheres e 45,7% homens, com idades compreendidas entre os

60 e 80 anos. Foram usadas escalas de avaliação de estereótipos negativos, discriminação etária e a auto percepção do envelhecimento. O estudo concluiu que quanto maior for a discriminação em relação à idade, devido à auto percepção em relação ao envelhecimento, mais baixa será a autoestima (Marquet *et al.*, 2019).

1.3.5 Teorias explicativas das atitudes negativas

Nesta parte serão abordadas duas teorias que são: a Teoria da Vinculação e a Teoria do Ageism.

A Teoria da vinculação de Bowlby (1988/1989) é focada no desenvolvimento do vínculo através dos estágios iniciais da vida, mais tarde foram apelidados através de estilos de vinculação, como seguro, inseguro-ambivalente e insegura-evitante e mais tarde o vínculo desorganizado (Van Rosmalen et al., 2015).

O desenvolvimento de uma vinculação segura é focado nas relações que foram desenvolvidas durante a infância, sendo relações abertas, onde se pode exprimir, sem qualquer receio, ou medo, algum problema, que seja coerente e que perdure ao longo da vida (Van Rosmalen et al., 2015). A vinculação insegura-ambivalente tem na sua base uma visão negativa sobre a própria pessoa, não sente confiança em relação às outras pessoas mesmo que sejam figuras de vinculação, a dependência emocional origina o aumento de ansiedade nas relações, pois há o medo da rejeição (Van Rosmalen et al., 2015). A vinculação inseguraevitante, baseia-se na desconfiança em relação às outras pessoas, estes indivíduos apresentam dificuldades em demonstrar afetos e em pedir ajuda quando precisam (Van Rosmalen et al., 2015)

Os estilos de vinculação insegura podem estar associados a uma baixa autoestima e uma autoimagem negativa, devido a experiências de vida passada negativas. Com estes obstáculos, o sujeito pode apresentar muita dificuldade em conseguir relacionar-se com as outras pessoas (Adorian et al., 2024).

Para Magai et al. (2008), os estilos de vinculação vão-se modificando ao longo da vida, porém, normalmente estabilizam na vida adulta.

Os idosos que apresentam o estilo evitante tendem a lidar com as perdas e as dificuldades que o envelhecimento traz continuando independentes, mas evitando as relações sociais, seja com a família ou até mesmo com amigos, sendo este um mecanismo de defesa por parte do idoso, mas que pode contribuir para problemas mentais, como a solidão. Os idosos que se apresentam seguros mostram uma maior capacidade de lidar com as frustrações e com as perdas, uma vez que procuram a sua rede de apoio, sendo composta por família, mas também como amigos (Magai, 2008).

Por sua vez, a Teoria do Ageism surgiu através de Butler em 1969 e dedicou-se a estudar o envelhecimento. O *ageism* é caracterizado por estereótipos e discriminação em relação às pessoas idosas. Butler explica que o *ageism*, é o preconceito que a população, normalmente mais jovem, apresenta contra a população adulta idosa, que, assim como o nome indica, estão a vivenciar o envelhecimento. Para estes jovens o envelhecimento tem uma conotação negativa, desenvolvendo atitudes negativas, face a esta fase, por exemplo, veem os idosos como pessoas com doenças, incapacidade motora e mental, como um fardo para a sociedade. (Araújo et al. 2023; Ayalon & Tesch-Römer, 2018).

1.4 Discriminação

1.4.1 Definição de discriminação baseada na idade e características

A discriminação é o preconceito em relação à idade, que é composta por atos discriminatórios e leva à exclusão social por parte do idoso (Júnior & Queiroz, 2024). O preconceito é composto por uma reação emocional negativa (pena, rejeição) em relação aos idosos (OMS, 2022). Os idosos são vistos como doentes, incapazes e fracos. O idoso também se encontra vulnerável, nomeadamente a ser alvo de ofensas, e até agressões. Por vezes há uma tendência para tratar os idosos como crianças, infantilizando-os, isto é, dirigem-se ao

idoso como se fosse uma criança. Este tipo de episódios é muito frequente em lares e hospitais. Desta forma a autonomia e independência dos idosos ficam limitadas. (Marques, 2011; Bittencourt & da Silva, 2018). Subs. Por Vieira 2019

Segundo Coelho (2013), a discriminação é uma consequência do preconceito.

A discriminação é geralmente feita através da linguagem verbal, por intermédio da utilização de um vocabulário ofensivo em relação a outro sujeito.

A população mais idosa é alvo de discriminação em relação à sua idade, aparência física (rugas), problemas motores (por exemplo, lentificação dos movimentos, terem de recorrer a cadeira de rodas, andador, bengala ou muleta), e sobretudo a doenças (como surdez, problemas visuais, demência, ficando dependentes de outros), vivenciando sentimentos negativos, como tristeza, solidão e angústia (Brasil, 2006).

Um estudo realizado por Rute (2012) teve como objetivo avaliar a percepção das pessoas idosas em relação a um ato discriminatório. Apresentou uma amostra de 222 participantes, com idades compreendidas entre os 65 e os 96 anos de ambos os sexos, 108 do sexo masculino e 114 do feminino. Foi aplicado o instrumento *Ageism Survey de Palmor* (2001), versão portuguesa por Alves-Ferreira (2006) que permitiu avaliar a discriminação em relação à idade. Os resultados demonstraram que 65% dos participantes já tinham sofrido de algum tipo de discriminação. Os índices apontam que em relação à discriminação e ao sexo, os valores foram semelhantes, com 23,54 %, dos homens a sentirem-se discriminados, assim como 20,79% das mulheres. A conclusão deste estudo indicou que a população adulta idosa se encontra vulnerável em relação a atos de discriminação e que, por vezes, o próprio idoso não aceita que ele seja uma vítima.

Um estudo realizado por Marques et al. (2022) contou com uma amostra de 333 idosos institucionalizados, 59,5% do sexo feminino e 40,5% do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 65 a 96 anos de idade, e teve como objetivo avaliar a percepção da

pessoa idosa acerca das situações de discriminação. Os instrumentos utilizados foram o *Mini Mental State Examination* e *Ageism Survey*. Os índices apontaram que os idosos institucionalizados que não recebem visitas encontram-se mais expostos a vivenciar situações de discriminação em comparação com os idosos que as recebem. O estudo concluiu ainda que 83,1% dos participantes já vivenciaram episódios de preconceito e discriminação.

Por sua vez o estudo de Vergueira & Lima (2010) teve como objetivo analisar a discriminação em relação à idade e o risco de maus-tratos a que idoso poderá estar exposto. Contou com 54 participantes de ambos os sexos (69,7% feminino e 30 % masculino), com idades superiores aos 60 anos e foram aplicados os instrumentos *Ageism Survey*, *Questions to Elicit Elder Abuse* e relacionamento com pessoas idosas. Verificou-se que 72,7% pessoas foram vítimas de um abuso emocional, 40,9% de negligência e 22,7% foram vítimas de abuso financeiro. O presente estudo concluiu ainda que quanto maior o índice de discriminação em relação aos idosos, maior a probabilidade de sofrerem maus-tratos a serem alvo de algum tipo de maus-tratos.

1.4.2 Prevalência e incidência

Em Portugal cerca de 20.8% dos sujeitos com idades entre os 65 e os 79 e 31.6% dos sujeitos com mais de 80 anos já se sentiram discriminados em relação à idade. Segundo o relatório anual da OMS (2021), na Europa, pelo menos uma em cada três pessoas com idade superior a 65 anos foi alvo de algum tipo de discriminação, seja ela de carácter verbal ou físico e devido à idade e sexo. Portugal contou com uma taxa de 17% de idosos vítimas de discriminação, Espanha obteve 12% e França 16%. No entanto, os três países da União Europeia que apresentaram valores mais elevados foram a Roménia (22%), a Hungria (23%) e, em primeiro lugar, a Bulgária que registou 26% (relatório *Ageism* OMS, 2021). O *European Social Survey* desenvolveu um estudo no Reino Unido, com 2352 participantes, com idades compreendidas entre os 30 e os 70 anos, através de um questionário direccionado

para o preconceito e a discriminação em relação à idade. Concluiu que 28 % dos inquiridos mais jovens já foi alvo de preconceito em relação à idade, 41% já foi vítima de falta de respeito, e 23% dos participantes declaram que foram vítimas de maus-tratos devido à sua idade. Segundo este estudo, o sexo feminino apresenta-se como mais vulnerável em relação à falta de respeito com 46 % e os homens 39%. O estudo também analisou as diferentes faixas etárias (18, 50 e 70 anos), em relação ao estigma que existe relacionado com a idade, falta de respeito e maus-tratos e conclui que 46% dos inquiridos com idades superiores a 60 anos mencionou ter sido vítima de preconceito. O estudo concluiu que não existem diferenças significativas entre os sexos em relação ao preconceito com idade (Abrams & Swift, 2012).

No entanto, a discriminação também pode estar presente no seio familiar, no local de trabalho e nos serviços de saúde.

A discriminação contra as pessoas idosas pode advir do seio familiar (microsistema). O microsistema é constituído por pessoas dentro da família ou outro tipo de cuidador, como um vizinho ou um amigo que seja mais próximo e de confiança (Gil *et al.*, 2015).

Em algumas situações, o adulto idoso começa a ser tratado por parte da família de forma paternalista, a sua “liberdade” começa a ser mais restringida devido ao receio que a família tem de este poder cair e ter de ser assistido no hospital. Muitas vezes, os idosos não podem ser donos do seu próprio dinheiro, sendo deste modo desrespeitados e desenvolvendo sentimentos negativos (Marques *et al.*, 2021).

Este tipo de discriminação pode desencadear maus-tratos, pode ser influenciado por diversas características, nomeadamente o estatuto social, a situação económica, as patologias e o grau de dependência do idoso (Mosqueda, 2016).

Um dos estudos realizados em Portugal em relação às características dos agressores teve o apoio do projeto *Elder Abuse a multinational prevalence survey* (ABUEL). Contou com 656 participantes com idades compreendidas entre os 60 e 84 anos, de ambos os sexos.

Através deste estudo, conclui-se que 256 dos participantes eram agressores, sendo maioritariamente do sexo masculino, apresentando um *score* de 81,8% relativamente à agressão física e 51,1% à agressão psicológica. Este estudo concluiu que a agressão física foi cometida entre uma e duas vezes por agressores que não coabitam com a vítima e não apresentam grau de afinidade. Em contrapartida, em 57,6% dos casos, o agressor vive com a vítima e comete agressão psicológica mais do que uma vez (Ramos, 2012).

De acordo com o relatório elaborado pela Associação de Apoio à Vítima (APAV, 2020), as discriminações/atos de violência podem surgir em setores públicos ou privados. Isto é, a pessoa idosa pode ser alvo de discriminação ou até de agressão em hospitais públicos ou privados, em lares legais ou não, ou até mesmo em centros de dia e apoio domiciliário. Nos lares, esta população apresenta-se vulnerável, uma vez que pode vir a sofrer de negligência (i.e., falha na prestação dos cuidados básicos, não serem alimentados, a medicação não ser dada) por parte dos profissionais. Em casos mais graves, podem existir episódios onde é exercida a força deixando hematomas e chantagem emocional com o idoso, deixando a pessoa ainda mais frágil (Dias, 2020).

De facto, este tipo de situações pode ser desencadeado devido à imagem negativa com que a sociedade encara a velhice e as pessoas de terceira idade. Se outrora a pessoa idosa era vista como um símbolo de sabedoria e respeito, atualmente são, em muitas circunstâncias, vistas como inúteis e doentes (Paulo & Cruz, 2009).

1.4.3 Tipos de discriminação

Segundo o relatório da OMS (2022), a discriminação baseada na idade, que está referida como idadismo abrange vários setores como, idadismo institucional, idadismo interpessoal e idadismo pessoal.

O idadismo institucional é praticado através de instituições como lares, por exemplo, na falha ao nível da prestação dos cuidados básicos, não serem alimentados, a medicação não

ser dada, também pode ser praticado pelos profissionais de saúde ao desaconselharem tratamento médico devido à idade, ou falarem com os idosos de forma infantilizada/paternalista; também no do emprego, por exemplo, na contratação de uma pessoa sénior, ou despedimento por ser mais velho vai para a reforma (Barros & Muniz, 2014); (Yon et al., 2019); (OMS, 2022). O idadismo interpessoal está relacionado com a discriminação de duas pessoas contra uma e o idadismo pessoal remete para quando o sujeito pratica idadismo contra si mesmo (OMS, 2022).

1.4.4 Teorias explicativas da discriminação baseada a idade

Aqui vai ser abordado duas teorias que são: a Teoria do Conflito Realista e a Teoria Social Cognitiva.

A teoria de conflito realista foi desenvolvida por Sherif et al. Machad (1961/1988), tendo como objetivo a explicação da discriminação que surge através de um conflito real de interesses, que se apresenta através de diferentes grupos sociais. A principal causa da discriminação é o conflito real. Este pode ser desencadeado por interesses mútuos de ambos os grupos, o que origina uma competitividade entre os grupos. Esta dinâmica pode ser dividida em competição negativa ou uma cooperação positiva. A competição negativa ocorre quando os dois grupos competem de forma individual para alcançar o objetivo mútuo (Pereira & Souza, 2016). Estes grupos considerados majoritários (normalmente composto por jovens) afetam diretamente os grupos minoritários (constituídos por idosos, uma vez que são alvo de discriminação social, não lhe proporcionando vantagens devido à exclusão a que são vítimas) para se sentirem superiores (Marques et al., 2020; Pereira & Souza, 2016), o que pode desencadear preconceito e discriminação grupal. Por sua vez, a cooperação positiva ocorre quando os dois grupos funcionam como um só, ou seja, estão a trabalhar conjuntamente para atingir o objetivo. Com este tipo de cooperação, é possível combater a discriminação (Pereira & Souza, 2016).

A Teoria Social Cognitiva de Bandura (2002) refere que existem crenças de autoeficácia (pessoal), responsáveis pela percepção do que acontece e a forma como se pensa sobre o acontecimento, é também responsável pela motivação (se a pessoa se encontra motivada e não apresenta pensamentos negativos) e influencia a ação, sobretudo em situações críticas. Caso a pessoa desenvolva crenças ou pensamentos negativos, dificilmente irá apresentar motivação para solucionar o problema. Como é o caso das crenças negativas associadas aos idosos seja devido à sua aparência, condição social ou idade. Esta discriminação é feita por um grupo social que se considera superior em relação às vítimas (Yao et al. 2018).

O ambiente em que o sujeito está inserido pode influenciá-lo, mas também pode acontecer o contrário, ou seja, a pessoa pode influenciar o ambiente. O seu comportamento pode ser consequência da observação do comportamento de outros, mas também há aqueles que participam na ação sem pensar nas consequências. Resumidamente, o sujeito é influenciado através de fatores internos interligados com o pensamento e atitudes, e com fatores externos, como o ambiente em que se encontra inserido (Batista, 2024).

1.5 Maus-tratos

1.5.1 Definição de maus-tratos e características

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2002), os maus-tratos contra os idosos são ações inapropriadas que possam causar sofrimento ou mágoa, através de um clima de desconfiança, que acontecem de forma isolada ou repetida. Os maus-tratos dizem respeito à prática de um ato de violência física ou verbal contra a pessoa idosa, através de um ambiente íntimo, na qual o agressor abusa da confiança exposta por ambos (Cardoso, 2018).

Os maus-tratos são considerados crime. Nos últimos anos, tem-se constatado a existência de diversas denúncias de maus-tratos, sobretudo a idosos. Este crime pode ser praticado por qualquer pessoa independentemente da idade, e em diversos contextos, sendo

eles sociais, familiares, de saúde ou nas práticas institucionais (Cardoso, 2018). Segundo o relatório da Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV), entre 2021 e 2022 houve um aumento de cerca de 2711 pessoas que foram vítimas de crime e de violência. A idade das vítimas ronda os 65 e os 69 anos, e o agressor normalmente tem uma idade compreendida entre os 45 e os 54 anos e normalmente coabitam com as vítimas (APAV, 2023). Segundo Gil et al. (2015), os principais agressores são, sobretudo, a família direta, ou seja, o cônjuge ou filhos, devido ao grau de confiança estabelecido e sobretudo à coabitação. Deste modo, os idosos que não têm uma rede de suporte fortificada acabam por se apresentar mais vulneráveis.

1.5.2 Prevalência e incidência

Devido ao aumento significativo da população idosa, a presença de maus-tratos para estas vítimas também irá aumentar, podendo chegar a 320 milhões, a nível mundial, até 2050. Este crime poderá desencadear consequências, nomeadamente *stress* pós-traumático, depressão, isolamento e solidão (OMS, 2022).

1.5.3 Tipos de maus-tratos

Os idosos que são alvo de maus-tratos em diversas ocasiões escondem o terror em que vivem, com receio de que, ao apresentarem queixa contra o seu agressor ou agressores, venham a sofrer ainda mais violência após a denúncia. Por outro lado, também existem idosos que vivem em constante negação com eles próprios e com o ambiente em que vivem, defendendo que não são vítimas de maus-tratos. Em diversos casos, o agressor acaba mesmo por manipular, afirmando que são as vítimas as culpadas, chegando a ameaças verbais para intimidar ainda mais o idoso (Alarcon *et al.*, 2020).

Existem vários tipos de maus-tratos, nomeadamente maus-tratos psicológicos, físicos, financeiros, sexuais, maus-tratos por negligência e por abandono (de Souza Minayo et al., 2014).

Os maus-tratos psicológicos acontecem quando os sujeitos são ofendidos por alguém, por exemplo, serem humilhados ao chamarem nomes insultuosos, serem alvo de boatos para afetar o sujeito em questão. O que pode contribuir para uma diminuição da autoestima, provocando ansiedade e medo. Por sua vez, os maus-tratos físicos ocorrem quando o idoso é agredido por alguém de forma violenta, em que os sinais de violência física podem ser a presença de hematomas.

Os maus-tratos financeiros ocorrem quando a pessoa fica privada de ter a sua independência económica, devido a terceiros. Por exemplo, o idoso não tem possibilidade de utilizar a sua reforma, uma vez que o seu cuidador não lhe permite.

Os maus-tratos sexuais ocorrem quando o idoso é violado, quando alguém toca no seu corpo sem o seu consentimento.

Os maus-tratos por negligência podem ser provocados pela família, amigos ou profissionais de saúde e caracterizam-se pela não prestação de cuidados básicos ao idoso, como não lhe dar banho, comida, vestuário ou medicamentos.

Por fim, os maus-tratos por abandono consistem no abandono dos idosos em locais públicos. O lugar público mais frequente são os hospitais ou os lares. Tal facto ocorre quando os idosos são considerados como um fardo para a família, sendo vistos como pessoas doentes (de Souza Minayo et al., 2014).

Grover et al. (2021) realizou um estudo com 311 participantes, o objetivo do estudo foi analisar a prevalência e os fatores associados aos maus-tratos em idosos que atendidos em saúde primária. Um dos instrumentos utilizados foi o a escala da solidão UCLA. O estudo verificou a existência de uma relação entre a solidão e o risco de maus-tratos.

1.5.4 Teorias explicativas com os maus-tratos

Nesta parte será abordada duas teorias que são: Teoria do Processo da Desumanização e a Teoria da Frustração-Agressão.

A Teoria do processo da desumanização refere que a desumanização ganhou uma especial atenção sobretudo a partir do século XX, em cenários de conflito em que estavam presentes a discriminação e os maus-tratos. Os autores Haslam e Loughnan (2014) destacam dois conceitos nesta teoria: a percepção e a condição moral. A percepção é a maneira como um grupo percebe outro grupo. O grupo que se sente superior acaba por inferiorizar o grupo “rival” através da discriminação, tratando-o desumanamente, recorrendo à indiferença ou à crueldade. A condição moral observa-se quando um grupo é considerado desumano, ou seja, aos olhos dos outros, não merece ser respeitado com dignidade ou tratado de forma empática. Isto é, os sujeitos que desenvolveram uma visão negativa em relação a um grupo específico que os leva a legitimar os maus-tratos aos elementos desse grupo, uma vez que perderam o respeito por eles (Haslam & Loughnan, 2014).

Lima *et al.* (2016) acrescentam que a desumanização surge através de uma hierarquia entre grupos sociais. Ambos apresentam a mesma ideia, ou seja, um grupo é mais humano em relação ao outro, e vice-versa. Esta afirmação dos dois grupos surge através das características que cada grupo pensa ter. Se um tem determinadas características discrimina o outro que, perante a sua percepção, é considerado inferior. Esta teoria divide-se em duas partes, a forma animalizante, em que as pessoas são comparadas a animais, e a mecanizada, que é comparação das pessoas a máquinas ou objetos (Lima *et al.*, 2016).

A teoria da frustração-agressão de Dollard *et al.* (1939) desenvolveu-se a partir dos anos 30 e foca-se em dois pressupostos: o primeiro de que a agressão é uma consequência da frustração e o segundo de que a frustração desencadeia a agressão. A frustração é o obstáculo que o sujeito enfrenta quando se depara com algo que queria muito e não aconteceu. Nesta situação, o sujeito pode apresentar algumas dificuldades em lidar com as emoções que surgem. Contudo, o sujeito também tem a capacidade de desenvolver mecanismos de defesa que são formas de o sujeito se proteger a nível emocional e que lhe permite lidar melhor com

a frustração. Através destes mecanismos de defesa emocional, o sujeito tentará ultrapassar o obstáculo que não lhe permitiu alcançar a meta (Moura & Pasquali, 2006). Alguns autores afirmam que a agressão e a frustração podem não estar correlacionadas, uma vez que um sujeito pode sentir frustração, mas nada indica que vá agredir outra pessoa.

1.5.5 Fatores de risco e proteção

Os fatores de risco para os maus-tratos nos idosos são, o desgaste físico e emocional do cuidador, a dependência do idoso e a idade do mesmo, pois, normalmente os maus-tratos são mais frequentes em idosos de idade avançada (Lemos, 2023).

O estado mental de um cuidador é considerado um fator de risco, uma vez que, é um trabalho que, para além do esforço físico, também acontece durante muitas horas seguidas sem descanso. Esta sobrecarga pode desencadear problemas a nível psicológico, tais como *stress*, *burnout*, depressão, ansiedade entre outros. Os autores Almeida e Fontes, 2021 acrescentam que a exaustão do cuidador aumenta os níveis de irritabilidade, de isolamento, afeta a qualidade do sono, aumentando, por conseguinte, o risco de erros na prestação de cuidados, assim como a segurança do idoso.

A dependência do idoso nas suas tarefas diárias é outro dos fatores de risco, uma vez que o agressor pode ser dependente do idoso devido a fragilidades financeira ou necessidade de local para viver (Lemos, 2023). Muitos dos agressores que coabitam com os idosos são elementos da própria família como filhos e netos, aumentando o medo, a possibilidade de agressões e o isolamento por parte das vítimas (Silva & Dias, 2016).

Como fatores protetores pode destacar-se a rede de apoio social, isto é, se o idoso tiver mais fontes apoio emocional/informacional pode prevenir-se a existência de maus-tratos (Santos et al, 2022). Também as políticas públicas e os serviços, como as Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) podem atuar como fatores protetores. Como foi publicado em Diário da República em 1995, o Decreto-Lei n.º 48/95, de 15 de março, tem

como objetivo proteger os idosos dos maus-tratos, atribuindo punições mais severas para quem pratica este tipo de crime, como a atribuição de prisão, sendo permitido que seja o juiz a escolher os anos da pena consoante o crime praticado. Com o complemento do artigo 152º Maus-tratos ou sobrecarga de menores, de incapazes ou do cônjuge, sendo este artigo, que protege os sujeitos pela idade, incapacidade física ou mental. Também ajuda na prevenção de maus-tratos aplicando penas de prisão que podem ir dos 3 aos 10 anos em caso de morte.

Algumas IPSS (como a APAV), a Polícia de Segurança Pública (PSP) ou a Guarda Nacional Republicana (GNR), têm projetos de linhas de apoio para os maus-tratos.

Todas estas instituições trabalham em conjunto de forma a promover a aproximação do sujeito às entidades protetoras, através do desenvolvimento de um sentimento de segurança, alertando para os perigos que possam ocorrer e orientando o idoso para a resolução do problema. Por exemplo a PSP e a GNR têm um projeto denominado Apoio 65 idosos em segurança, que tem como objetivo sensibilizar os idosos para as possíveis vulnerabilidades a que possam estar expostos.

Capítulo II. Metodologia

2 Apresentação do Problema

O aumento do envelhecimento da população tem sido muito significativo em todo o mundo, inclusivamente em Portugal. Este aumento acarreta problemas no bem-estar físico e emocional da população idosa, onde se destacam os sentimentos de solidão. Pelo menos 40% das pessoas com mais de 65 anos já referiu ter sentido solidão pelo menos uma vez na vida (Pinquart & Sorensen, 2001). Mesmo com a presença de pessoas à sua volta, os idosos podem continuar a vivenciar uma rede de suporte social enfraquecida, sem interesse dos membros pelo cuidado e apoio uns aos outros (Santos, 2016). Esta condição também acarreta isolamento social, demarcado por sentimentos de tristeza e angústia e que expõe os idosos a mais atos discriminatórios. A discriminação baseia-se no preconceito, em ideias erradas e

generalizadas acerca das pessoas mais velhas, muitas vezes exercida através de atos de maus-tratos (Rodrigues, 2018).

Relativamente á temática dos maus-tratos em idosos, numa amostra de idosos, 66.66% assumiu ter sido alvo de algum tipo de maus-tratos, com maior incidência dos maus-tratos psicológicos (Lima et al., 2018). Amstadter et al. (2010) demonstraram que, para além dos maus-tratos psicológicos, os maus-tratos sexuais estão também muito presentes na população idosa. Por norma, o agressor tende a ser mais violento a nível físico com sujeitos do sexo masculino e o medo de represálias impede os idosos de apresentarem queixa contra o agressor.

O estudo de Giraldo-Rodríguez et al. (2024) com pessoas com 60 ou mais anos concluiu os maus-tratos contribuem para o aumento da solidão. Também no estudo de Brijoux et al. (2021), com idosos com mais de 80 anos, foi possível verificar que 54.1% dos participantes reportaram episódios de maus-tratos e que apresentaram níveis mais elevados de solidão e de depressão. A pandemia do COVID-19 agravou ainda mais os fatores de risco de violência nos idosos, como apresenta o estudo de Chokkanathan et al. (2025) com uma amostra de 933 participantes, onde 16.1 % reportaram ser vítimas de maus-tratos, durante a COVID-19.

Gogno et al. (2023), numa amostra de 1061 participantes com 65 ou mais anos, demonstraram que 29.4 % dos participantes referiram sentir solidão e 5.1% relataram ser vítimas de algum tipo de maus-tratos por parte dos profissionais de saúde.

No que se refere às ideias pré-concebidas pela sociedade acerca dos idosos, estas são, muitas vezes, discriminatórias e podem levar à exclusão dos mesmos. A discriminação baseada na idade (idadismo), afeta as relações pessoais e sociais (Gordon & Gonzales, 2025). O estudo de Maurya et al. (2022) conclui que os idosos de idade mais avançada percecionam mais níveis de discriminação em comparação com idosos “mais jovens”. O estudo com uma

amostra de 1.096 participantes concluiu que os idosos que sentiam idadismo apresentavam mais atitudes negativas em relação aos jovens, (sendo esta faixa etária que contém mais ideias preconceituosas e discriminatórias). Tanto o idadismo, como as atitudes negativas acabam por afetar o bem-estar físico e psicológico dos idosos (Shimizu et al., 2022).

O estudo de Araújo et al. (2017) revelou que as ideias pré-concebidas sobre os idosos são fundamentadas em conceitos errados e estereótipos, levando à discriminação e gerontofobia. O estudo de Fernandes et al. (2012) acrescentou ainda que os idosos que vivem em ambiente rural se sentem mais discriminados em relação à idade do que os que habitam em meio urbano. O estudo de Wang et al. (2024), destaca como a discriminação e o isolamento social afetam de maneira negativa o bem-estar subjetivo dos idosos, na medida em que através de uma amostra de 403 participantes, com mais de 60 anos, este estudo revelou uma correlação negativa entre o isolamento, o idadismo e o bem-estar dos idosos.

Terán-Mendoza & Cancino, (2025) apresentaram uma de 307 participantes e concluíram que a discriminação baseada na idade e os estereótipos estão relacionados com os elevados níveis de solidão e a percepção que o participante tem sobre o envelhecimento. Estes sentimentos de conotação negativa podem estar relacionados com o tipo de ambiente que a pessoa idosa frequenta, como ambientes mais fragilizados que podem ser o rastilho para a propagação de maus-tratos físicos e emocionais (Costa & Humbolt, 2020).

De acordo com González-Domínguez *et al.* (2018), os sujeitos que apresentam uma baixa autoestima e desenvolvem pensamentos, sentimentos e atitudes negativas em relação a si próprios, estão mais predispostos a isolarem-se e a sofrerem de solidão.

Desta forma, a percepção dos seniores sobre o envelhecimento continua a ser manifestada através de estereótipos negativos, sendo muitos destes manifestados através da sociedade, fazendo com que a pessoa internalize que o processo de envelhecimento é sentido de forma muito negativa (Ahmed *et al.*, (2014).

O estudo de Çiftci et al. (2024) correlacionou a solidão, o medo de envelhecer, a solidão e o medo da morte, apresentando uma correlação positiva e estatisticamente significativa entre estas variáveis. Os participantes que apresentaram maiores níveis de solidão tenderam a ter uma visão mais negativa sobre o envelhecimento, aumentando o medo de envelhecer e a ansiedade em relação à morte.

Contudo, há a destacar que existem fatores positivos/protetores como a autocompaixão, sentido da vida e o apoio social que contribuem para a diminuição do medo de envelhecer, como demonstrou o estudo de Delkhah et al. (2023) com 300 participantes com idades entre 65 e 80 anos.

Embora existam estudos que investiguem a associação entre maus-tratos e solidão, a discriminação e gerontofobia contra os idosos, nenhum estudo considerou compreender, no mesmo modelo de regressão, o impacto que os maus-tratos, a discriminação pela idade e gerontofobia têm na solidão dos idosos. Para além disto, os estudos têm revelado distintos tamanhos de amostra (Lewis et al., 2025), em diferentes culturas (Paula Couto et al., 2023) o que não revela uma ideia totalmente clara de como se relacionam as referidas variáveis.

Assim, com base nos estudos científicos, e para ajudar a superar algumas das limitações relativas ao tema em causa, o principal objetivo do estudo é compreender se os maus-tratos, a discriminação pela idade e a gerontofobia são preditores da solidão dos idosos.

3 Objetivos da Investigação

3.1.1 Objetivo Principal. Estudar de que modo os maus-tratos, a discriminação pela idade e a gerontofobia explicam a solidão dos idosos.

3.1.2 Objetivos Específicos. Estudar se os maus-tratos se correlacionam e são preditores significativos da solidão; compreender se a discriminação pela idade se correlaciona e é um preditor significativo da solidão; analisar se a gerontofobia se relaciona e é um preditor significativo da solidão.

4 Hipóteses

I. Os maus-tratos correlacionam-se e são um preditor significativo da solidão (Wang & Dong,

2018). Deste modo, espera-se que:

“Os maus-tratos correlacionam-se significativamente com a solidão”.

“Os maus-tratos são um preditor significativo da solidão”.

II. A discriminação pela idade correlaciona-se e é um preditor significativo da solidão (Rosell

& Vergés, 2023). Assim, é esperado que:

“A discriminação pela idade correlaciona-se significativamente com a solidão”.

“A discriminação pela idade é um preditor significativo da solidão”.

III. A gerontofobia correlaciona-se e é um preditor significativo da solidão (Çiftci et al., 2024).

Dessa forma, espera-se que:

“A gerontofobia correlaciona-se significativamente com a solidão”

“A gerontofobia é um preditor significativo da solidão”

5 Participantes

A amostra do presente estudo é de tipo não-probabilístico, por conveniência, uma vez que os participantes foram selecionados previamente. Os critérios de inclusão para a participação no presente estudo foram: a) participantes com idade igual ou superior a 65 anos; b) sujeitos que recebam apoio de lar e centro de dia há pelo menos 3 meses; c) que estejam institucionalizados. Como critérios de exclusão, a) não são considerados os sujeitos que apresentem problemas cognitivos ou motores que não lhes permitam responder ao protocolo do estudo; b) que frequentem o lar há 1 mês.

Este estudo contou com uma amostra de 220 idosos, com uma média de idade de 81.87 anos ($DP=8.057$), que varia entre os 65 e os 100 anos. Os sujeitos encontram-se institucionalizados em lares ($n=155$) e centros de dia ($n=61$), maioritariamente na região de

Lisboa e Vale do Tejo (29.1%). Os participantes são 90 (40.9%) do sexo masculino e 130 (59.1 %) do sexo feminino.

Em relação ao estado civil, a maioria é viúvo(a) (58.2%), encontra-se há mais de 3 anos institucionalizado e a tomar medicação. A maioria dos participantes concluiu até ao 1º ciclo de escolaridade (18.6%) e tem filhos (85%). Relativamente aos motivos que levaram os idosos a receberem resposta de lar dia foram: 52.2 % por doença; 22.6% por situação financeira; 13.8% por abandono familiar; 18.8 %, solidão e 51.6% por vontade própria. Os motivos de centro de dia foram, 36.1 solidão; 54.1 % doença; 34.4 % participar nas atividades; 23 % apoio emocional e 60.7 % segurança.

A Tabela 1 apresenta as características da amostra que frequenta o lar.

*Tabela 1*Características dos sujeitos que frequentam o lar

Tabela 1

Características dos sujeitos que frequentam o lar

Variável		n	%
Estado civil	Solteiro/a	18	11.6
	Casado/a	31	20
	União de facto	3	1.9
	Divorciado/a	14	9
	Viúvo/a	89	57.4
Naturalidade	Lisboa	49	31.6
	Outras regiões	106	68.4
	(Lamego; Coimbra)		
Escolaridade	1º ciclo	70	45.2
	2º ciclo	30	19.4
	3º ciclo	8	5.2

	Secundário	10	6.5
	Licenciatura	5	3.2
	Não frequentou a escola	16	10.3
Motivo de institucionalização	Doença	83	53.5
	Situação financeira	34	21.9
	Abandono familiar		
	Solidão	22	14.2
	Vontade própria		
		28	18.1
		81	52.3
Tempo de institucionalização	1-3 meses	3	1.9
	4-6 meses	25	16.1
	7-9 meses	31	20
	1 ano	25	16.1
	2 anos	12	7.7
	3 ou mais anos	59	38.1
Visitas por semana	0 vezes	21	13.5
	1-2 vezes	129	83.2
	2-3 vezes	4	2.6
	4-5 vezes	1	.6

O que faz nos tempos livres	Ver televisão	78	72.2
	Fazer trabalhos manuais	17	15.7
	Ler	18	16.7
	Jogar	13	12
	Ouvir música	17	15.7
	Conversar com os outros utentes	64	59.3

Nota. Os valores são frequências e percentagens para as variáveis nominais e ordinais.

A tabela seguinte (tabela 2), apresenta características da amostra que frequenta o centro de dia.

Tabela 2 Características dos sujeitos a frequentar centro de dia

Tabela 2

Características dos sujeitos a frequentar o centro de dia

Variável		n	%
Estado civil	Solteiro/a	6	9.8
	Casado/a	12	19.7
	União de facto	0	0
	Divorciado/a	8	13.1
	Viúvo/a	35	57.7
Naturalidade	Lisboa	14	23
	Outras regiões	47	77
	(e.g., Castelo Branco Alenquer)		

Escolaridade	1º ciclo	34	55.7
	2º ciclo	11	18
	3º ciclo	5	8.2
	Secundário	5	8.2
	Licenciatura	0	0
	Mestrado	2	3.3
Há quanto tempo frequenta	1-3 meses	11	18
	4-6 meses	10	16.4
	7-9 meses	6	9.8
	1 ano	13	21.3
	2 anos	8	13.1
	3 anos ou mais	13	21.3
Quais os motivos de institucionalização	Solidão	22	36.1
	Doença	33	54.1
	Participar nas atividades do centro	21	34.4
	Apoio emocional	14	23
	Segurança	37	60.7
Tempos livres	Ver televisão	51	83.6
	Trabalhos manuais	21	34.4
	Ler	14	23
	Jogar	21	34.4
	Ouvir música	18	29.5
	Conversar	49	80.3

Nota. Os valores apresentados remetem para frequências e percentagens para as variáveis nominais e ordinais.

5.1.1 Desenho do estudo

O estudo que se pretende elaborar será do tipo quantitativo, transversal, observacional e correlacional.

Um estudo quantitativo é caracterizado, pelo uso de números (estatísticas, recorrendo a médias e desvio padrão), tem como objetivo analisar os dados (numéricos) e desta forma é possível compreender os dados recolhidos com os estudos já realizados, com o intuito de explicar o acontecimento (da Silva, 2010). Caracteriza-se como estudo transversal, pois permite analisar a prevalência de um determinado acontecimento (Rodríguez & Jacinto, 2017).

A correlação assenta na análise de variáveis que permite que o investigador seja capaz de avaliar intensidade entre as variáveis de estudo, excluindo manipulações entre variáveis e os fenómenos causais. A correlação permite, desenvolver hipóteses e de seguida testá-las (Coutinho, 2008). A variável dependente do presente estudo é a solidão, e as variáveis independentes são a gerontofobia, as atitudes negativas, a discriminação e os maus-tratos.

5.1.2 Instrumentos

O protocolo do presente estudo foi constituído por um questionário sociodemográfico, a Escala da Solidão (Russell et al., 1996, adaptado e validado para a população portuguesa por Pocinho & Farate, 2005), o Questionário da Gerontofobia (Fernandes, 2012), o *Ageism Survey* (Palmore, 2001, validado para a população portuguesa por Alves & Novo, 2006) e o *Questions to Elicit Elder Abuse* (Carney et al., 2003, adaptado para a população portuguesa por Alves & Sousa, 2005).

5.1.3 Questionário Sociodemográfico

De maneira a caracterizar a amostra do estudo, o questionário sociodemográfico recolheu informação acerca da idade, sexo, escolaridade, há quanto tempo se encontra institucionalizado, o motivo de institucionalização, a frequência com que recebem visitas entre outros.

5.1.4 Escala da Solidão (UCLA)

Este instrumento foi contruído por Russel et al. (1996) e validado para a população portuguesa por Pocinho e Farate no ano de 2005. Esta escala pretende avaliar os níveis de solidão e é composta por 16 itens, apesar de os itens 3, 6, 14 e 20 terem sido excluídos na validação portuguesa. A escala subdivide-se em duas dimensões: isolamento social, que contém os itens 7, 8, 9, 10, 12, 13, 15, 16, 17, 18 e 19, e afinidades, que apresenta os itens 1, 2, 4, 5 e 11. Todos os itens do teste são cotados por uma escala *Lickert* de 4 pontos que varia de 1 (nunca) a 4 (sempre). Quanto maior for a pontuação maior será o índice de solidão. O *alpha* de *Cronbach* para a versão portuguesa é de 0.91 (Pocinho et al., 2010).

5.1.5 Questionário de Gerontofobia (QAGE)

Este questionário foi construído por Fernandes (2012) e pretende medir os níveis de gerontofobia. É composto por 24 itens, com opções de resposta que variam de 1 a 4, numa escala tipo *Lickert*; 1 (discordo totalmente), 2 (discordo), 3 (concordo) e 4 (concordo totalmente). Em relação aos itens, estão divididos entre positivos (1, 4, 7, 17, 18, 21 e 22), neutro (13) e negativo (2, 3, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 20, 23 e 24). Quanto maior for o valor de resposta por parte do participante, maior será o nível de gerontofobia. No entanto os itens positivos e neutro devem ser invertidos para seguir o mesmo nível de gerontofobia. Apresenta uma consistência interna de 0.71 (Fernandes, 2012).

5.1.6 Ageism Survey

O instrumento *Ageism Survey* foi elaborado por Erdmand Palmore em 2001 e mais tarde foi validado para a população portuguesa por Ferreira-Alves e Novo (2006). Este teste é constituído por 20 itens compostos por atitudes negativas sobre o idoso, assim como ações discriminatórias. Existem três opções de resposta: (0) “Nunca ocorreu”, (1) “Ocorreu uma vez” e (2) “Ocorreu mais do que uma vez”. Quanto maior for o valor da resposta seleccionada pelo participante, mais ageism/discriminação baseada na idade está presente. O *alpha de Cronbach* para a versão portuguesa é de 0.80 (Fernandes-Eloi *et al.*, 2020; Ferreira-Alves & Ferreira Novo, 2006).

5.1.7 Questions to Questions to Elicit Elder Abuse (QEEA)

Esta escala foi constituída por Carney *et al.* (2003), tendo sido adaptada para a população portuguesa por Ferreira-Alves e Sousa (2005). A adaptação deste instrumento avalia os maus-tratos físicos, psicológicos e financeiros, assim como a negligência a que os idosos poderão estar expostos (Ferreira-Alves & Sousa, 2005). Este instrumento é constituído por 15 itens de resposta dicotómica e fechada (sim/não, sendo que as respostas sim valem 1 ponto e as respostas não 0 pontos).

A avaliação dos maus-tratos físicos realiza-se através dos itens 1, 2, 3 e 4, a negligência pelos itens 10, 11, 12 e 13, para os maus-tratos psicológicos, os itens são 5, 6, 7 e 8 e por último a exploração financeira é constituída pelos itens 14 e 15. O item 9 é o único com pergunta que apresenta sete opções de escolha. Com a exceção dos itens 12 e 13, que analisam os maus-tratos por negligência, a sua pontuação é oposta, isto é: recebe pontos ao responder “sim”, uma vez que a pessoa consegue receber auxílio. O *score* total é realizado através da soma de todas as respostas positivas e varia entre 0 e 15 (Borrallho *et al.*, 2011). O *alpha de Cronbach* foi de 0.83, para a versão portuguesa (Ferreira Alves & Sousa, 2005; João Santos *et al.*, 2011).

5.1.8 Procedimento

Inicialmente, foi realizado um pedido de aprovação do projeto à comissão de ética do Centro de Investigação em Psicologia (CIP da Universidade Autónoma de Lisboa. Após o consentimento por parte do CIP, foram contactadas, telefonicamente, instituições da região metropolitana de Lisboa e Vale do Tejo, como lares ou centros de dia, e foi enviado um *email* com o protocolo de estudo, a pedido das mesmas para sua análise e posterior autorização.

Das vinte e cinco instituições contactadas, apenas nove responderam, dando autorização para a participação do estudo. Foi agendada a primeira reunião para obtenção da autorização e para a aplicação do protocolo do estudo.

Nessa reunião foram explicados os objetivos do estudo e garantida a confidencialidade da instituição e dos participantes. Todas as instituições e participantes foram informados que a sua participação seria voluntária e que a qualquer momento poderiam desistir sem qualquer consequência. Os representantes das instituições eram os seus representantes legais.

Primeiramente, leu-se o consentimento informado, esclarecendo as dúvidas que pudessem surgir. Clarificou-se que se os participantes quisessem desistir, a meio do estudo, não haveria consequências, realçando sempre o anonimato e a confidencialidade dos dados. Só depois se deu início à aplicação do protocolo, pedindo honestidade nas respostas.

O consentimento foi entregue aos participantes em papel e o protocolo de avaliação foi aplicado individualmente, com duração entre 20 a 30 minutos por utente. A recolha de dados ocorreu numa sala indicada pelas instituições, de cores neutras e com boa luminosidade. O protocolo de avaliação seguiu a seguinte ordem: o questionário sociodemográfico, o QAGE, para a gerontofobia, o *Ageims Survey*, que analisa o tipo de preconceito/discriminação, a QEEA que avalia os maus-tratos e, por fim, a escala da solidão UCLA. Todos os deveres éticos e deontológicos relacionados com o estudo foram cumpridos,

assim como as condições de segurança dos participantes, respeitando sempre os direitos e a confidencialidade de cada um.

6 Análise de dados

Para a realização da análise de dados recolhidos foi utilizado o programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 29 para Windows. Com o SPSS foi possível realizar a cotação do *alpha de Cronbach* para as várias escalas, foi feita uma estatística descritiva com base em médias e desvios padrão para a análise das variáveis quantitativas e utilizadas as frequências e percentagens para as variáveis nominais e ordinais.

Para analisar a distribuição da amostra, foi utilizado o teste *Kolmogorov-Smirnov* e para se analisar a correlação entre variáveis foi usado o Coeficiente de correlação de *Pearson*.

Através do teste de correlação mediu-se a intensidade apresentada através da associação entre as variáveis. Ainda assim, os testes de correlação podem apresentar correlações positivas, isto é, quando duas variáveis seguem a mesma direção e correlações negativas, quando duas variáveis seguem direções opostas. O grau de correlação varia entre 1 (considerada uma correlação perfeita negativa), 0 (significa que não existe correlação entre as variáveis) e +1 (uma correlação perfeita positiva) (Pallant, 2005). De modo a avaliar o efeito e a força das correlações foi utilizada a classificação de Pallant (2005), em que uma correlação é classificada como fraca se apresentar valores entre 0 e 0.29, a correlação é moderada se apresentar valores entre 0.30 e 0.49 e é uma correlação forte se apresentar valores superiores a 0.50.

Foi ainda realizada a análise do modelo de regressão linear múltipla que analisou a estimativa da magnitude e do sinal de impacto das variáveis independentes no valor estimado da solidão. No modelo incluíram-se as variáveis independentes que revelaram uma correlação significativa com a solidão. Os pressupostos deste modelo foram assegurados. O nível de significância utilizado foi *p-value* <0.05.

Capítulo III. Resultados

7 Consistência interna dos instrumentos

A escala da solidão (UCLA), de acordo com os critérios (Pocinho et al., 2010), apresentou um *alpha* de Cronbach (α) de 0.89 o que significa boa consistência interna. A escala da solidão foi dividida em duas subescalas, a do isolamento social constituído pelos itens 7, 8, 9, 10, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 19, obteve $\alpha=0.84$, o que de acordo com Pallant, (2005) é considerado um bom valor de consistência interna; a subescala as afinidades compostas pelos itens 1, 2, 4, 5, 11 apresentou um α de 0.76 que se traduz num índice de confiança aceitável.

O valor da consistência interna do questionário *Questions to Elicit Elder Abuse* a adultos idosos foi de 0.69, o que correspondente a um valor aceitável. O questionário *Ageism Survey* apresentou uma consistência interna de 0.81, o que indica boa fiabilidade. Já a consistência interna geral do Questionário da Gerontofobia apresentou um *alpha* de Cronbach 0.56, que é considerado baixo. A partir do questionário da gerontofobia foram retiradas as atitudes negativas, revelaram um *alpha de Cronbach* de 0.56, considerado baixo.

7.1.1 Estatística descritiva

Para a análise da amostra do presente estudo, tendo analisado todas as variáveis e as subescalas, recorreu-se à estatística descritiva. A tabela 3 caracteriza as variáveis e as suas dimensões correspondentes.

Tabela 3 Características de variáveis do estudo e suas dimensões

Tabela 3

Características de variáveis do estudo e suas dimensões (N=220)

Variáveis	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Solidão	33.013	11.166	16	64
Isolamento social	32.829	7.882	11	44
Afinidades	10.877	4.178	2	20
Discriminação (<i>Ageism Survey</i>)	6.754	5.612	.000	29
Maus-tratos	5.250	3.071	1	20
Gerontofobia	62.913	7.581	43	84
Atitudes Negativas	38.700	6.243	20	53

7.1.2 Correlação entre a solidão, maus-tratos, discriminação e gerontofobia

Na análise de correlação entre as variáveis, verificou-se que a relação entre a solidão e o maus-tratos é moderada, positiva e significativa ($r=.48$; $p\approx.001$), a relação entre a solidão e

a discriminação baseada na idade, é moderada, positiva e significativa ($r=.35$; $p\approx.001$) e a relação entre a solidão e a gerontofobia é fraca, positiva e significativa ($r=.15$; $p=.024$).

Os efeitos de predição das variáveis explicativas através do uso do Modelo de Regressão Linear Múltipla estão indicados na tabela 4. Foram consideradas no modelo, as variáveis explicativas que se encontravam correlacionadas de forma significativa com a solidão.

Tabela 4 Coeficientes das variáveis maus-tratos, discriminação e gerontofobia em relação à solidão

Tabela 4

Coeficientes das variáveis maus-tratos, discriminação e gerontofobia em relação à solidão.

Step 1 ($R^2 = .255$)	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>P</i>	<i>VIF</i>	<i>DW</i>
	-	-	-	-	1.741
Constante	20.452	5.507	.000	-	-
Maus-tratos	1.427	.236	.000*	1.226	-
Discriminação	.366	.130	.005*	1.243	-
Gerontofobia	.041	.090	.645	1.075	-

Nota. *B* = Coeficiente Beta não estandardizado; *SE* = Erro estandardizado (Coeficiente não estandardizado); *P* = nível de significância; *VIF* = Variance Inflation Factor; *DW* = DurbinWatson; *p-value < .05

Equação estimada pelo método dos mínimos quadrados ordinários:

$$Solid\tilde{a}o = 20.452 + 1.427maus-tratos + 0.366discrimina\tilde{c}ao + 0.041gerontofobia$$

O impacto dos maus-tratos sobre o valor estimado da solidão é positivo e igual a 1.427, ajustando para todas as outras variáveis. O impacto da discriminação pela idade sobre

o valor estimado da solidão é positivo e igual a 0.366, ajustando para todas as outras variáveis. O impacto da gerontofobia sobre o valor estimado da solidão é positivo e igual a 0.041, ajustando para todas as outras variáveis.

Deste modo, para um nível de significância de 5%, as variáveis independentes consideradas no modelo, nomeadamente os maus-tratos e a discriminação pela idade, mostram ser variáveis importantes para explicar a solidão, visto revelarem coeficientes estatisticamente significativos ($p < .05$). Face à qualidade de ajustamento do modelo (R^2), pode dizer-se que 25.5 % da variabilidade da solidão é explicada pelo modelo estimado.

Capítulo IV. Discussão

O estudo teve como principal objetivo estudar de que modo os maus-tratos, a discriminação pela idade e a gerontofobia explicam a solidão dos idosos.

De acordo com os resultados obtidos, verificou-se que os maus-tratos se correlacionam de modo significativo e são um preditor significativo da solidão, confirmando-se a hipótese 1.

No estudo de Jiang & Jiang foi provado que os maus-tratos emocionais se correlacionam com maiores sentimentos de solidão nas pessoas idosas, pois a expressão de ator

de humilhação, de rejeição e de ofensa verbal levam a pessoa a isolar-se mais e a sentir solidão (Slazer & Karni-Vizer, 2021).

Serra et al. (2022), provaram que o risco de os idosos sofrerem maus-tratos pode ser um preditor importante da solidão. O receio de represálias, a vergonha de verbalizar a possibilidade de possíveis maus-tratos aumenta, inclusivamente, o medo de contatar os outros, de se isolar e de criar impactos negativos na sua saúde (Ma & Waite, 2017).

No presente estudo verificou que a discriminação pela idade se correlaciona e é um preditor significativo da solidão, confirmando-se a hipótese 2. Também no estudo de Rosell e Vergés (2023), foi demonstrada esta relação, na medida em que a discriminação baseada na idade se correlacionou com a saúde mental (solidão). Wang et al. (2024) também concluíram que o isolamento social afeta, diretamente, o bem-estar dos idosos, devido à percepção do idadismo. As atitudes discriminatórias exercidas dentro das instituições e no meio social, contribuem para o isolamento dos idosos e até problemas emocionais, uma vez que se sentiram discriminados (Vieira, 2023).

No que se refere à última hipótese do estudo verificou-se que a gerontofobia se relaciona, mas não é um preditor significativo da solidão. O estudo de Fernandes (2012) também demonstra a existência da correlação entre os níveis de gerontofobia e a solidão. Por sua vez Çiftci et al. (2024) ao estudarem igualmente estas relação, verificaram-se que existem correlações significativas entre a solidão e o medo de envelhecer, e entre a solidão e o medo da morte.

Resumindo, os estereótipos negativos, acompanhados por atitudes que desencadeiam comportamentos discriminatórios em relação a esta faixa etária podem afetar o estado físico e emocional dos idosos, aumentando o isolamento social e solidão. É importante desconstruir esta ideia negativa da população sénior, através da valorização desta população, como por exemplo através de programas de interação entre várias gerações (da Silva *et al.*, 2024).

8.1.1 Limitações

Como limitações deste estudo destacam-se os baixos valores de *alpha* de *Cronbach* no Questionário da Gerontofobia e no *Questions to Elicit Elder Abuse*. A possibilidade de itens gerarem maior confusão ou dificuldade na sua interpretação pode ter afetado a consistência das respostas dos participantes deste estudo. O tamanho da amostra poderia ser maior se houvesse uma maior adesão das instituições para colaborar no estudo. O fato de ser uma amostra não probabilística por conveniência compromete a generalização dos resultados e ainda o tamanho do protocolo de avaliação que pode ter gerado cansaço e desgaste nos participantes, o que poderá ter tido influência nas respostas.

Também seria importante comparar os níveis de solidão entre pessoas casadas e que vivem sozinhas, que vivem em casa no seu contexto comunitário, estão institucionalizadas em IPSS e hospitalizadas. O facto de terem estados civis diferentes e de usarem contextos diferentes ajudaria a encontrar ainda mais fatores de risco e de proteção da solidão.

Capítulo V. Conclusão

A entrada na terceira idade pode acarretar alguns obstáculos, nomeadamente o isolamento social e a solidão, por falta de uma rede de suporte familiar e social de qualidade. Têm-se tornado uma realidade cada vez mais evidente nos dias atuais, o aumento da população idosa e a falta de acompanhamento de políticas públicas que sejam eficazes na proteção do idoso, contribuem para o estigma em relação ao envelhecimento. Existem fatores, como os maus-tratos, a discriminação pela idade ou a gerontofobia que pelas consequências que geram, acentuam este tipo de sentimentos nos idosos. Os maus-tratos e a discriminação pela idade têm um impacto mais significativo na solidão. Face a isto, especificamente, com o desenvolvimento do presente estudo pôde concluir-se que:

- I. Os maus-tratos correlacionam-se de modo positivo e significativo com a solidão nos idosos e são um preditor significativo deste sentimento de solidão;
- II. A discriminação pela idade está correlacionada positivamente e de modo significativo com a solidão e mostra ser um preditor importante para a solidão.
- III. A gerontofobia correlaciona-se de modo positivo e significativo com a solidão, mas não é um preditor importante da mesma.

Como sugestões para estudos futuros há a destacar a possibilidade de analisar as variáveis deste estudo no âmbito de estudos longitudinais ou qualitativos. Pode ser importante realizarem-se estudos com amostras probabilísticas para que se possam generalizar os resultados. Utilizar amostras com o mesmo número de homens e mulheres seria importante porque, permitiria ter uma representação equilibrada, possibilitando uma análise comparativa mais composta. Seria também importante que existisse uma amostra mais diversificada das várias diversas regiões do país, o que permitira ter uma amostragem relacionada com o género e a geografia. Seria também importante a analisar a perceção de gerontofobia em populações de adultos e idosos, permitindo uma maior literacia sobre o tema.

9.1. Implicações para a prática

O presente estudo é importante para desenvolver programas de intervenção junto das instituições. Desta maneira o trabalho em conjunto permitiria desenvolver e delinear estratégias juntos dos idosos e dos seus cuidadores, incluindo o uso de tecnologias para a denuncia dos maus-tratos ou da solidão. Seria também relevante desenvolver mais programas de intergeracionalidade, onde seja possível oferecer formação sobre o processo de envelhecimento e gerontofobia, com o intuito de desmistificar o que é ser idoso e apresentar estratégias mais eficazes para combater este preconceito. Seria benéfico que estes tipos de programas fossem aplicados, uma vez que, permitira melhorar a qualidade de vida da pessoa idosa, reduzindo os níveis de solidão, gerontofobia e maus-tratos. Tudo isto só seria possível

se existisse a colaboração entre as instituições de saúde, educação e serviços sociais e aplicação de leis mais severas, garantindo que os agressores seriam punidos.

Referências

- Abrams, D., & Swift, H. J. (2012). *Experiences and expressions of ageism: Topline results (UK) from Round 4 of the European Social Survey, ESS Country Specific Topline Results (2)*. Centre for Comparative Social Surveys.
<http://www.europeansocialsurvey.org>
- Adorian, R. T. L., Moura, A. C. P., Konzen, M. S., Amaral, T. C. B., Silva, N. O., Silva, V. O., & Sales, W. T. Q. (2024). Teoria do apego. *Revista Cathedral*, 6(2), 103-122.
- Ahmed, A., Chaudhry, A. G., & Farooq, H. (2014). Pessoas idosas e fenómenos do envelhecimento: Estudo exploratório baseado nas percepções dos idosos sobre a velhice. *Pensamentos de Pesquisa Americana*, 1(2), 1029-1035.
- Alarcon, M. F. S., Damaceno, D. G., Cardoso, B. C., Sponchiado, V. B. Y., Braccialli, L. A. D., & Marin, M. J. S. (2020). Percepção do idoso acerca da violência vivida. *Revista Baiana de Enfermagem*, 34, 3–9. <https://doi.org/10.18471/rbe.v34.34825>

- Alberte, J. D. S. P., Ruscalleda, R. M. I., & Guariento, M. E. (2015). Qualidade de vida e variáveis associadas ao envelhecimento patológico. *Rev Soc Bras Clin Med*, 13(1), 32
- Allidina, S., & Cunningham, W. A. (2023). Motivated categories: Social structures shape the construction of social categories through attentional mechanisms. *Personality and Social Psychology Review*, 27(4), 393-413.
<https://doi.org/10.1177/10888683231172255>
- Almeida, M. A. S. O., Lemes, A. G., do Nascimento, V. F., da Fonseca, P. I. M. N., da Rocha, E. M., Volpato, R. J., ... & Cardoso, T. P. (2015). Fatores de risco associados à depressão em idosos no interior de Mato Grosso. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 39(3), 627-627.DOI: 10.5327/Z0100-0233-2015390300012
- Amaral de Araújo, P. O., & Carvalho, E. D. S. S. (2023). Ageismo contra pessoas idosas em serviços de saúde: protocolo de revisão de escopo. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 22(Suppl 1).
- Amaro, R. (2012). *Avaliação da discriminação social de pessoas idosas na sub-região Cova da Beira* (Master's thesis, Universidade da Beira Interior (Portugal)).
- American Psychological Association. (2023). *APA dictionary of psychology*.
<https://dictionary.apa.org/>
- Amorim, L. A. G., da Fonsêca, P. N., Machado, G. M. A., Guimarães, C. L. C., & da Silva, P. G. N. (2019). Social and Emotional Loneliness Scale for Adults: Evidências psicométricas no nordeste brasileiro. *Ciências Psicológicas*, 13(2), 283–295.
<https://doi.org/10.22235/cp.v13i2.1885>
- Amstadter, A. B., Cisler, J. M., McCauley, J. L., Hernandez, M. A., Muzzy, W., & Acierno, R. (2010). As características do incidente e do perpetrador de maus-tratos a idosos diferem de acordo com o gênero da vítima? Resultados do Estudo Nacional de Maus-Tratos a Idosos. *Jornal de abuso e negligência de idosos*, 23(1), 43-57

- Araújo, L., Amante, M. J., & Fonseca, S. (2017). Factos e mitos sobre envelhecimento em alunos no início de licenciatura em educação social. *Revista de estudios e investigación en psicología y educación*, (A8), 21-24.
- Araújo, P. O. D., Soares, I. M. S. C., Vale, P. R. L. F. D., Sousa, A. R. D., Aparicio, E. C., & Carvalho, E. S. D. S. (2023). Ageism directed to older adults in health services: A scoping review. *Revista latino-americana de enfermagem*, 31, e4019.
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV). (2023). *Estatísticas APAV: Relatório Anual 2023*. Associação Portuguesa de Apoio à Vítima.
<https://www.apav.pt/estatisticas>
- Ayalon, L., & Tesch-Römer, C. (2018). *Contemporary perspectives on ageism*. Springer Nature.
- Azeredo, Z. D. A. S., & Afonso, M. A. N. (2016). Solidão na perspectiva do idoso. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 19(2), 313–324. <https://doi.org/10.1590/1809-98232016019.150085>
- Bandura, A. (2002). Social cognitive theory in cultural context. *Applied Psychology: An International Review*, 51(2), 269–290. <https://doi.org/10.1111/1464-0597.00092>
- Barbosa, M. B., Pereira, C. V., Cruz, D. T. D., & Leite, I. C. G. (2018). Prevalência e fatores associados ao consumo de álcool e de tabaco em idosos não institucionalizados. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 21, 123-133.
<https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.170185>
- Barreto, C. C. P., & Machado, A. K. D. O. (2021). Contribuições da terapia cognitivo comportamental na gerontofobia. In *VII Congresso Internacional de Ensino e Pesquisa* (pp. 409–424). Realize Editora.10.46943/VII.CIEH.2020.01.017

- Barros, A., & da Silva Muniz, T. (2014). O trabalhador idoso no mercado de trabalho do capitalismo contemporâneo. *Caderno de Graduação-Ciências Humanas e Sociais UNIT-ALAGOAS*, 2(1), 103-116.
- Barroso, S. M., Andrade, V. S. D., Midgett, A. H., & Carvalho, R. G. N. D. (2016). Evidence of validity of Brazilian UCLA loneliness scale. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 65, 68–75. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000105>
- Batista, E. C. (2024). A Teoria Social Cognitiva de Albert Bandura e Sua Contribuição Para a Educação. *Revista Enfermagem e Saúde Coletiva-REVESC*, 8(1), 10-17.
- Biehl-Printes, C., de Oliveira Brauner, F., & Terra, N. L. (2019). Perspectivas da educação física para a população idosa. *PAJAR-Pan-American Journal of Aging Research*, 7(2), e32570-e32570. DOI: <https://doi.org/10.15448/2357-9641.2019.2.32570>
- Bittencourt, P., & da Silva, M. A. (2018). Violência verbal contra idosos: palavras e silêncio marcados pela dominação. *Pretextos-Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas*, 3(6), 622-640.
- Booth, L. N., & Brunet, A. (2016). O epigenoma do envelhecimento. *Célula Molecular*, 62(5), 728-744. <https://doi.org/10.1016/j.cell.2016.10.028>
- Borges, E., Batista, K. R. O., Andrade, L. E., Sena, P. L. S. C., Soares, N. M. M., Silva, F. B., & Hernández, M. (2017). O envelhecimento populacional: um fenômeno mundial. *O envelhecimento populacional um fenômeno*, 17.
- Borja-Santos, C. (2004). Abordagem centrada na pessoa-relação terapêutica e processo de mudança. *Psilogos*, 1(2), 18-23.
- Borrvalho, O., Pedrosa de Lima, M. & Ferreira-Alves, J. (2011). *Lições aprendidas através do despiste de abuso a pessoas idosas num serviço de urgência*,. In S. A. Galinha (Ed), *Pedagogia e Psicologia Positiva: Interações em Educação e Saúde*, pp. 123-142. Porto: Livpsic -Edições de Psicologia

- Braga, I. B., Santana, R. C., & Ferreira, D. M. G. (2015). Depressão no idoso. *ID on Line. Revista de Psicologia*, 9(26), 142-151. <https://doi.org/10.14295/online.v9i26.332>
- Brasil. Ministério da Saúde. (2006). *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa* (Cadernos de Atenção Básica, n.º 19). Ministério da Saúde.
- Brijoux T., Neise, M., Zank, S. (2021). Elder abuse in the oldest old: prevalence, risk factors and consequences. *Z Gerontol Geriatr*, 54(2), 132-137. <https://doi.org/10.1007/s00391-021-01945->.
- Butler, R. N. (1969). Age-ism: Another form of bigotry. *The Gerontologist*, 9(4 Part 1), 243-246. https://doi.org/10.1093/geront/9.4_part_1.243
- Cabral, M. V., & Ferreira, P. M. (2013). O Envelhecimento Activo em Portugal: trabalho, reforma, lazer e redes sociais.
- Cancino, M., Rehbein-Felmer, L., Ortiz, M.S. (2018) Funcionamiento cognitivo en adultos mayores: rol de la reserva cognitiva, apo yo social y depresión. *Revista médica de Chile*, 146(3), 315-322. [10.4067/s0034-98872018000300315](https://doi.org/10.4067/s0034-98872018000300315)
- Cardoso, J. F. (2018). *Maus tratos a idosos em lares* [Dissertação de Doutoramento, Universidade Católica de Lisboa]. Repositório da Universidade de Católica de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10400.14/28144>
- Carneiro, S. F. L., Lessa, M. M. R., & Cabral, H. B. (2020). *A dignidade das pessoas idosas e a gerontofobia. Derecho y Cambio Social*, (60), 100-121. www.derechoycambiosocial.com
- Carney, M., Kahan, D., & Paris, B. (2003). *Questions to Elicit Elder abuse (QEEA)*. University of Toronto.
- Casagrande, K., Zandonai, R. C., de Matos, C. H., Wachholz, L. B., Mezadri, T., & Grillo, L. P. (2018). Avaliação da efetividade da educação alimentar e nutricional em idosos. *RBONE-Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*, 12(73),

591-597.

- Cené, C. W., Beckie, T. M., Sims, M., Suglia, S. F., Aggarwal, B., Moise, N., ... & McCullough, L. D. (2022). Efeitos do isolamento social objetivo e percebido na saúde cardiovascular e cerebral: uma declaração científica da American Heart Association. *Jornal da Associação Americana do Coração*, 11(16), e026493.
- Chen, X., Zhang, Y., Liu, H., & Wang, L. (2023). *Loneliness among older adults aged 80 and above: A comparative study between community dwellers and nursing home residents*. *Journal of Gerontological Studies*, 58(2), 145–160.
<https://doi.org/10.1234/jgs.2023.5802>
- China, D. L., Frank, I. M., Silva, J. B. da, Almeida, E. B. de, & Silva, T. B. L. da. (2021). Envelhecimento Ativo e Fatores Associados. *Revista Kairós-Gerontologia*, 24, 141–156. <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2021v24i0p141-156>
- Chokkanathan, S., & Mohanty, J. (2025). Elder Abuse During COVID-19 Pandemic in Canada. *Journal of applied gerontology: the official journal of the Southern Gerontological Society*, 7334648251313889.
<https://doi.org/10.1177/07334648251313889>
- Çiftci, N., Yildiz, M., Durmuş, M., & Çoban, M. (2024). A relação entre medo da velhice, solidão e ansiedade da morte em adultos. *Psicogeriatría: o jornal oficial da Sociedade Japonesa de Psicogeriatría*, 24(3), 627–636.
<https://doi.org/10.1111/psyg.13106>
- Cochar-Soares, N., Delinocente, M. L. B., & Dati, L. M. M. (2021). Fisiologia do envelhecimento: da plasticidade às consequências cognitivas. *Revista neurociências*, 29
- Coelho, C. (2013). Idades apartadas: Pensar o idadismo e a intergeracionalidade. *Animação Sociocultural, Gerontologia e Geriatria, A Intervenção Social, Cultural e Educativa*

- na *Terceira Idade*, 63-72. Intervenção-Associação para a promoção e divulgação cultural.
- Correia, E., & dos Santos, K. D. J. (2022). O envelhecimento e as perdas funcionais na terceira idade: o exercício físico como tratamento. *Caderno Intersaberes*, 11(32), 301317.
- Costa, A., & von Humboldt, S. (2020). A viuvez no envelhecimento: estudo exploratório com idosos. In *13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde–Actas* (pp. 75-83). Edições ISPA.
- Coutinho, R. X., Tomazeti, R. V., & de Figueiredo Acosta, M. A. (2013). Representação de corpo na velhice: o corpo real versus o corpo social. *Revista Kairós-Gerontologia*, 16(4), 215-236. DOI: <https://doi.org/10.23925/2176901X.2013v16i4p215236> da Silva, G. C. R. F. (2010). O método científico na psicologia: abordagem qualitativa e quantitativa. <https://www.psicologia.com.pt>. Acesso em, 23(08), 2020. da Silva, T., de Eloi Lima, S. S., de Oliveira Leite, K., Silva, C. R. D. T., de Carvalho, K. M., de Moura Sá, G. G., & Pereira, J. D. C. N. (2024). Ageismo e estereótipos do envelhecimento. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, 98(1), e024274-e024274.
- Dahlberg, L., & McKee, K. J. (2014). Correlates of social and emotional loneliness in older people: evidence from an English community study. *Aging & mental health*, 18(4), 504–514. <https://doi.org/10.1080/13607863.2013.856863> de Almeida, G. M. F., & Fontes, C. M. B. (2021). Mindfulness: revisão integrativa da efetividade em cuidadores com burnout. *Revista Recien-Revista Científica de Enfermagem*, 11(36), 215-224.
- de Moura, C. F., & Pasquali, L. (2006). Construção de um teste objetivo de resistência à frustração. *Psico-USF*, 11, 137-146. <https://doi.org/10.1590/S1413->

82712006000200002

De Oliveira, D. V., Antunes, M. D., & Oliveira, J. (2017). Ansiedade e sua relação com a qualidade de vida em idosos: revisão narrativa. *Cinergis*, 18, 316-322. de Oliveira, J. C., Vinhas, W., & Rabello, L. G. (2020). Benefícios do exercício físico regular para idosos. *Brazilian Journal of Development*, 6(3), 15496-15504.

DOI:10.34117/bjdv6n3-429 de Souza Alves, K., Trindade, S. C., & da Rocha, F. N. (2021). Atuação do psicólogo no processo de envelhecimento. *Revista Mosaico*, 12(1), 99-104

de Souza Alves, K., Trindade, S. C., & da Rocha, F. N. (2021). Atuação do psicólogo no processo de envelhecimento. *Revista Mosaico*, 12(1), 99-104.

de Souza Minayo, M. C., & Müller, N. P. (Eds.). (2014). *Manual de enfrentamento à violência contra a pessoa idosa: é possível prevenir, é necessário superar*. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República.

Diário da República. (1995, março 15). *Decreto-Lei n.º 48/95*: Aprova o Código Penal. *Diário da República*, Série I-A, n.º 61, 15 de março de 1995. Recuperado de <https://dre.pt>

Dias, I. (2020). Posfácio: Portugal mais velho-Por uma sociedade onde os direitos não têm idade.

Dollard, J., Miller, N. E., Doob, L. W., Mowrer, O. H., & Sears, R. R. (1939). *Frustration and aggression*. Yale University Press dos Santos, R. R., Bicalho, M. A. C., Mota, P., de Oliveira, D. R., & de Moraes, E. N. (2013).

Obesidade em idosos. *Rev Med Minas Gerais*, 23(1), 64-73. DOI: 10.5935/2238-3182.20130011

Durão, M. (2022). *Discriminação em razão da idade: Estereótipos na comunicação social*.

RECIMA21: Revista Científica Multidisciplinar, 3(5), e351485.

<https://doi.org/10.47820/recima21.v3i5.1485>

European Research Group on Attitudes to Age (EURAGE). (2012). *Idadismo na Europa – Uma abordagem psicossociológica com o foco no caso português* (Relatório I).

Centro de Investigação e Intervenção Social.

European Research Group on Attitudes to Age (EURAGE). (2012). *Idadismo na Europa – Uma abordagem psicossociológica com o foco no caso português* (Relatório I).

Centro de Investigação e Intervenção Social.

factor structure. *Journal of personality assessment*, 66(1), 20-40.

Fechine, B. R. A., & Trompieri, N. (2012). O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos.

InterSciencePlace, 1(20).

Fernandes, L. I. C. D. A. (2012). *Violência contra as pessoas idosas gerontofobia: conceito ou preconceito?* (Dissertação de mestrado, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias]. Repositório da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias).

Fernandes, S. C. S., & Pereira, M. E. (2018). Endogrupo versus Exogrupo: o papel da identidade social nas relações intergrupais. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 18(1), 30-49.

Fernandes-Eloi, J., de Sousa Silva, A. M., & da Silva, J. (2020). *Ageismo: percepção de pessoas idosas usuárias do CRAS*. *Revista Subjetividades*, 20.

<https://doi.org/10.5020/23590777.rs.v20iEspl.e8945>

Fernández-Ballesteros, R., Sánchez-Izquierdo, M., Olmos, R., Huici, C., Ribera Casado, J.

M., & Cruz Jentoft, A. (2019). Paternalism vs. autonomy: are they alternative types of formal care?. *Frontiers in psychology*, 10, 1460.

- Ferraz, I. N., dos Reis, L. A., Assis, W. C., Rabelo, L. A. N., de Oliveira Guimarães, F. E., de Britto, I. T., & dos Reis, L. A. (2021). Impactos dos fatores extrínsecos no envelhecimento precoce: Uma reflexão teórica. *Research, Society and Development*, 10(6), e21210615761-e21210615761.
- Ferreira, H. G., & Casemiro, N. V. (2021). *Solidão em idosos e fatores associados*. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*, 9(1), 90-98.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa=497968968009>
- Ferreira, P. M. (2015). O envelhecimento ativo em Portugal: Tendências recentes e (alguns) problemas. *Revista Kairós-Gerontologia*, 18, 07-29. <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2015v18iEspecial19p07-29>
- Ferreira-Alves, J., & Ferreira Novo, R (2006). Evaluation of ageism in Portugal. *Journal of Intergeracional Relationships*, 4(2), 49-60. https://doi.org/10.1300/J194v04n02_05
- Ferreira-Alves, J., & Novo, R. F. (2006). Avaliação da discriminação social de pessoas idosas em Portugal. *Revista Internacional de Psicologia Clínica e da Saúde*, 6(1), 65-77.
- Ferreira-Alves, J., & Sousa, M. (2005). Indicadores de maus-tratos a pessoas idosas na cidade de Braga: Estudo Preliminar. *Sociologia, Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, 15.
- Figueira, O., Perini, C. C., Sganzerla, A., & Marcellini, P. S. (2024). Autoestima e estética na percepção de pessoas idosas de Centros de Referência de Assistência Social. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 27, e230193.<https://doi.org/10.1590/1981-22562024027.230193.pt>
- Figueira, O., Perini, C. C., Sganzerla, A., & Marcellini, P. S. (2024). Autoestima e estética na percepção de pessoas idosas de Centros de Referência de Assistência Social. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 27, e230193.

- Figueiredo, A., Valentim, J. P., & Doosje, B. (2014). Theories on intergroup relations and emotions: A theoretical overview. *Psychologica*, 57(2), 7-33.
- Fleurí, A. C. P., de Almeida, A. C. S., Diniz, A. J., de Magalhães, L. A. D., Ferreira, L. H. C., Prata, M. T. M., ... & de Cássia Horta, N. (2013). Atividades lúdicas com idosos institucionalizados. *Enfermagem Revista*, 16(1), 50-57.
- Fontes, A. P. (2016). Desenvolvimento na velhice: fundamentos para psicoterapeutas. *FREITAS, Eduarda Rezende; BARBOSA, Altemir José Gonçalves; NEUFELD, Carmem Beatriz. Terapias cognitivo-comportamentais com idosos–Novo Hamburgo: Sinopsys.*
- Francisco, P. M. S. B., Assumpção, D. D., Borim, F. S. A., Senicato, C., & Malta, D. C. (2019). Prevalência e coocorrência de fatores de risco modificáveis em adultos e idosos. *Revista de Saúde Pública*, 53, 86.<https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2019053001142>
- Gagnon, S., Nadeau, A., Tanguay, K., Archambault, P. M., Brousseau, A. A., Carmichael, P. H., ... & Mercier, E. (2023). Prevalence and predictors of elder abuse among older adults attending emergency departments: a prospective cohort study. *Canadian journal of emergency medicine*, 25(12), 953-958.
- Gil, A. P., Santos, A. J., Nicolau, R., & Santos, C. (2015). Fatores de risco de violência contra as pessoas idosas: consensos e controvérsias em estudos de prevalência. *Configurações. Revista Ciências Sociais*, (16), 75-95.
- Giraldo-Rodríguez L, Agudelo-Botero M, Rojas-Russell ME. Elder Abuse and Depressive Symptoms: The Mediating Role of Loneliness in Older Adults. *Arch Med Res*. 2024 Sep;55(6):103045. doi: 10.1016/j.arcmed.2024.103045. Epub 2024 Jul 26. PMID: 39067257.
- Giraldo-Rodríguez L, Agudelo-Botero M, Rojas-Russell ME. Elder Abuse and Depressive Symptoms: The Mediating Role of Loneliness in Older Adults. *Arch Med Res*. 2024

Sep;55(6):103045. doi: 10.1016/j.arcmed.2024.103045. Epub 2024 Jul 26. PMID: 39067257.

Goffman, E. (1988). Estigma: notas sobre a manipulação da identidade. *Tradução: Mathias Lambert, 4.*

Goldfarb, D. C. (2010). Pensando nas origens da violência. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15, 2673-2676).

González-Domínguez, S., Muñoz, M., Ausín, B., Castellanos, M. A., & Pérez-Santos, E. (2018). Age-related self-stigma of people over 65 years old: adaptation of the Internalized Stigma of Mental Illness scale (ISMI) for use in age-related self-stigma (IS65+) in a Spanish sample. *Aging & Mental Health*, 22(2), 250-256.

Gordon, S., & Gonzales, E. (2025). Idadismo na família. *Revista de serviço social gerontológico*, 68(3), 297–303. <https://doi.org/10.1080/01634372.2025.2452934>

Grover, S., Verma, M., Singh, T., Dahiya, N., & Nehra, R. (2021). Screening for abuse of older adults: A study done at primary health care level in Punjab, India. *Indian journal of psychological medicine*, 43(4), 312-318.

Guarda Nacional Republicana. (2024, novembro 22). *Balanço da Operação “Censos Sénior 2024”*. <https://www.gnr.pt/comunicado.aspx?linha=9159>

Guarda Nacional Republicana. (n.d.). Programas Especiais de Policiamento de Proximidade. Guarda Nacional Republicana. https://www.gnr.pt/ProgEsp_main.aspx

Haslam, N., & Loughnan, S. (2014). Dehumanization and Infrahumanization. *Annual Review of Psychology*, 65 pp. 399–423. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010213-115045>

Hawkley, L. C., & Cacioppo, J. T. (2010). Loneliness matters: A theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Annals of behavioral medicine*, 40(2), 218227.

- Herédia, V. B. M., Casara, M. B., & Cortelletti, I. A. (2019). Impactos da longevidade na família multigeracional. *Revista brasileira de geriatria e gerontologia*, 10, 7-28. <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2007.10012>
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Baker, M., Harris, T., & Stephenson, D. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. *Perspectives on psychological science*, 10(2), 227-237.
- Hutten, E., Jongen, E. M., Vos, A. E., van den Hout, A. J., & van Lankveld, J. J. (2021). Loneliness and mental health: the mediating effect of perceived social support. *International journal of environmental research and public health*, 18(22), 11963.
- Instituto Nacional de Estatística - Estatísticas Demográficas : 2023. Lisboa : INE, 2024.
- Disponível na www: <url:https://www.ine.pt/xurl/pub/439488367>. ISSN 0377-2284. ISBN 978-989-25-0688-3i
- Instituto Nacional de Estatística. (2020). *Estatísticas Demográficas 2019*. <https://www.ine.pt>
- Instituto Nacional de Estatística. (2024). *Estatísticas Demográficas: 2023*. <https://www.ine.pt/xurl/pub/439488367>
- Jiang, C., & Jiang, S. (2021). Elder mistreatment and life satisfaction of older adults: mediating roles of emotional closeness with children and loneliness. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 33(5), 351-367.
- João Santos, A., Ferreira-Alves, J., & Penhale, B. (2011). Prevalence of older adults' abuse and neglect in Portugal: an overview. *Quality in Ageing and Older Adults*, 12(3), 162173.
- Johner, K., & Neto, C. F. G. (2021). Análise dos fatores de risco para o envelhecimento da pele: aspectos nutricionais. *Brazilian Journal of Health Review*, 4(3), 10000-10018. <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n3-035>

- JUMAA, Abdulkarim Obaid. Psychological loneliness and its relationship to death anxiety in the elderly. *Turkish Journal of Computer and Mathematics Education*, 2021, 12.4: 1218-1228.
- Júnior, M. H., & Queiroz, V. (2024). Etarismo à luz do princípio da dignidade da pessoa humana. *Revista Brasileira de Direito Social*, 7(1), 95-110.
- Kwong, A. N. L. (2022). Knowledge of intergenerational contact to Combat Ageism towards older people. In *Social Aspects of Ageing-Selected Challenges, Analyses, and Solutions*. IntechOpen. DOI: 10.5772/intechopen.105592
- Landenberger, T., de Oliveira Cardoso, N., de Oliveira, C. R., & de Lima Argimon, I. I. (2019). Instrumentos de medida de reserva cognitiva: Uma revisão sistemática. *Revista Psicologia: Teoria e Prática*, 21(2), 41-74.
- Lemos, Y. (2023). *A violência e o abandono contra o idoso no âmbito familiar*. Conhecimento Livraria e Distribuidora.
- Lewis, H. M., Gietzen, L. J., Patt, S. H., & Buchanan, J. A. (2025). Age-Related Microaggressions: Their Frequency, Emotional Impact, and Relationship to Negative Affect. *The International Journal of Aging and Human Development*, 100(2), 165-183.
- Lima, M. E. O., Faro, A., & Santos, M. R. D. (2016). A desumanização presente nos estereótipos de índios e ciganos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 32(1), 219-228.
- Lima, M. P. D., Vergueiro, M. E., & Gonzalez, A. J. C. (2018). Relations between elder abuse, ageism and perceptions of age. *International Journal of Humanities, Social Sciences and Education*, 5(6), 1-12.
- Limoeiro, B. C. (2012). O corpo em foco: envelhecimento e diferenças de gênero na cidade do Rio de Janeiro. *Revista Todavia*, 3(5), 69-79.
- Lopes, N. F. D. L. (2015). *A solidão nos idosos em função da rede de suporte social, no concelho de Vila do Bispo* [Dissertação de Doutoramento, Universidade do Algarve].

Repositório da Universidade do Algarve.

Lorenzo, Ó., Teixeira, A., Santos, S., Teixeira, D., Penaforte, H., & Sequeira, C. (2019).

Fatores de isolamento social do idoso em meio rural. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 2(2), 39-46.

Ma, J.S.W., & Waite, L.J. (2017). Elder mistreatment predicts later physical and psychological health: Results from a national longitudinal study. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 29(1), 15-42. <https://doi.org/10.1080/08946566.2016.1235521>

Magai, C. (2008). Attachment in middle and later life. *Oxford University Press*.

Manhães, F. C., do Nascimento Guimarães, D., & da Silva Maciel, P. C. (2018).

"Gerontofobia", o medo de envelhecer na sociedade contemporânea: Uma análise bibliométrica. *Humano*.

Marques, E. M. B. G., Veríssimo, C. M. F., & Tavares, P. J. C. (2022). Factores que influenciam a discriminação social em idosos. *Global Academic Nursing Journal*, 3(4), e303-e303.

Marques, R. G., Simões, P. A., Santa Rosa, B., & Silvestre, M. (2021). Idosos autónomos: uma reflexão ética. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 37(5), 482488.

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.

Marquet, M., Chasteen, A. L., Plaks, J. E., & Balasubramaniam, L. (2019). Understanding the mechanisms underlying the effects of negative age stereotypes and perceived age discrimination on older adults' well-being. *Aging & Mental Health*, 23(12), 16661673.

- Martins, A. N. E. (2017). *Mediação familiar para idosos em situação de risco*. Editora Edgard Blücher.
- Martins, I. M. O., Almeida, I. M., & Carreira, I. F. (2023). A solidão na velhice e a intervenção social em Portugal. *RIAGE-Revista Ibero-Americana de Gerontologia*, 4, 1-12.
- Martins, R., Neto, M. J., Andrade, A., & Albuquerque, C. (2014). Abuso e maus-tratos em idosos. *Atencion primaria*, 46, 206-209. [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(14\)70093-9](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(14)70093-9)
- Maurya, P., Sharma, P., & Muhammad, T. (2022). Prevalence and correlates of perceived age-related discrimination among older adults in India. *BMC public health*, 22(1), 561. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13002-5>
- Moreira, M. J. G. (2020). *Como envelhecem os portugueses: envelhecimento, saúde, idadeismo*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Moretti Luchesi, B., Renata Pereira de Brito, T., Salazar Costa, R., & Iost Pavarini, S. C. (2015). Suporte social e contato intergeracional: estudando idosos com alterações cognitivas. *Revista eletrônica de enfermagem*, 17(3).
- Mosqueda, L., Burnight, K., Gironda, MW, Moore, AA, Robinson, J., & Olsen, B. (2016). O modelo de intervenção de abuso: uma abordagem pragmática para intervenção para maus-tratos a idosos. *Jornal da Sociedade Americana de Geriatria*, 64(9), 1879-1883.
- Neri, A. L. (2006). O legado de Paul B. Baltes à Psicologia do Desenvolvimento e do Envelhecimento. *Temas em psicologia*, 14(1), 17-34.
- Oliveira, D. A., Gomes, L., & Oliveira, R. F. (2006). Prevalência de depressão em idosos que freqüentam centros de convivência. *Revista de Saúde Pública*, 40, 734-736. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102006000500026>
- Organização Mundial da Saúde (OMS). (2015). *Relatório mundial de envelhecimento e saúde*.

Organização Mundial da Saúde (OMS). (2022, 13 de junho). *Abuso de idosos*.

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/abuse-of-older-people>

Organização Mundial da Saúde. (2002). *The Toronto Declaration: The Global Prevention of Elder Abuse*. WHO.

Organização Mundial da Saúde. (2015). *World report on ageing and health*.

Organização Mundial da Saúde. (2022, 13 de junho). *Abuso de idosos*. Disponível em:

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/abuse-of-older-people>

Organização Mundial de Saúde (OMS). (2015). *World report on ageing and health*.

www.who.in

Organização Mundial de Saúde (OMS). (1984). *Aplicaciones de la epidemiología al estudio de los ancianos: Informe de un grupo científico de la OMS sobre la epidemiología del envejecimiento*. Ginebra.

Organização Pan-Americana da Saúde. (2022). *Relatório mundial sobre o idadismo*.

Washington, D.C. <https://doi.org/10.37774/9789275724453>

Organização Pan-Americana da Saúde. (2022). *Relatório mundial sobre o idadismo*.

Washington, D.C. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

<https://doi.org/10.37774/9789275724453>

P. de Paula Couto, M. C., Nikitin, J., Graf, S., Fung, H. H., Hess, T. M., Liou, S., &

Rothermund, K. (2023). Do we all perceive experiences of age discrimination in the same way? Cross-cultural differences in perceived age discrimination and its association with life satisfaction. *European Journal of Ageing*, 20(1), 43.

Pallant, J. (2005). *SPSS Survival Manual: a step by step guide to data analysis using SPSS*. (2nd ed.). Open University Press.

Palmore, E. (2001). A pesquisa sobre o idadismo: primeiros achados. *O gerontologista*, 41(5), 572-575.

- Paque, K., Goossens, K., Elseviers, M., Van Bogaert, P., & Dilles, T. (2017). Autonomy and social functioning of recently admitted nursing home residents. *Aging & Mental Health*, 21(9), 910-916. <https://doi.org/10.1080/13607863.2016.1181711>
- Paul, C., & Cruz, P. (2009). *Envelhecimento Ativo: Mudar o presente para ganhar o futuro*. REAPN, Porto, Sereer–Soluções Editoriais.
- Pereira, C. R., & Souza, L. E. C. D. (2016). Fatores legitimadores da discriminação: uma revisão teórica. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 32, e322222. <https://doi.org/10.1590/0102-3772e322222>
- Pinquart, M., & Sorensen, S. (2001). Influences on loneliness in older adults: A metaanalysis. *Basic and Applied Social Psychology*, 23, 245-266. <https://doi.org/10.1207/153248301753225702>
- Pizzi, J., & Cenci, M. S. (2021). *Glosario de patologías sociales*. Universidade Federal de Pelotas.
- Pocinho, M., & Macedo, E. (2017). Solidão: Um construto complexo. *Interações: Sociedade e as Novas Modernidades*, (32).
- Pocinho, M., Farate, C., & Dias, C. A. (2010). *Validação Psicométrica da Escala UCLA Loneliness para Idosos Portugueses*. *Interações sociedade e as novas modernidades*, (18), 65-77.
- Polícia de Segurança Pública. (n.d.). Apoio 65 – Idosos em Segurança. Polícia de Segurança Pública. <https://www.psp.pt/Pages/programas.aspx~>
- PORDATA. (2023). *Índice de envelhecimento e outros Indicadores de Envelhecimento segundo os Censos*. <https://pordata.pt>
- Ramos, F. D. S. (2012). *Os agressores de pessoas idosas* [Dissertação de mestrado,

Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação] Repositório da Universidade do Porto.

<https://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/62267/2/Os%20agressores%20de%20pessoas%20idosas.pdf>

Reputation Circle. (2021). O impacto da solidão na produtividade das empresas.

Ribeiro, F. D. N. C. (2014). Envelhecimento cognitivo: do normal ao patológico. *Povos e Culturas*, (18), 127-137. <https://doi.org/10.34632/povoseculturas.2014.8945>

Rocha, A. M. F., Veras, P. R. M., & Amorim, M. V. C. (2024). PSICOLOGIA E ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL: ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA NA TERCEIRA IDADE. *REVISTA FOCO*, 17(11), e6925-e6925. DOI: 10.54751/revistafoco.v17n11-169

Rodrigues, A. M. S. M. (2012). *O medo de envelhecer: (e o papel do gerontólogo)*.

Rodrigues, R. M. (2018). *Solidão, um fator de risco*. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 34(5), 334-338. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v34i5.12073>

Rodrigues, R. M. (2018). *Solidão, um fator de risco*. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 34(5), 334-338. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v34i5.12073>

Rodrigues, V., Costa, C., Carvalho, A., Vidal, M., Caiado, M., Antunes, C., ... & Almeida, C. (2019). Solidão no idoso institucionalizado com dependência funcional. *Motricidade*, 15(4), 36-40.

Rodríguez Jiménez, A., & Pérez Jacinto, A. O. (2017). *Métodos científicos de indagação e de construção do conhecimento*. *Revista Ean*, (82), pp 179-200. <https://dois.org/10.21158/01208160.n82.2017.1647>

Rosa, F. H. M., Nassif, L. E., Ribeiro, P. C. C., & Cruz, N. A. R. A. (2018). Relato de Experiência de um Grupo de Apoio à Proatividade e ao Envelhecimento. *Revista Kairós-Gerontologia*.

- Rosell, J., & Vergés, A. (2023). Loneliness as a potential mechanism of the association between ageism and mental health outcomes in the Chilean context. *Journal of Applied Gerontology*, 42(6), 1245-1254. <https://doi.org/10.1177/07334648231158484>
- Russell, D. W. (1996). UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, validity, and structure. *Journal of personality assessment*, 66(1), 20-40.
- Santos, A. C., Pereira, J. B., Santos, R. C., Araújo-Monteiro, G. K. N. , Santos, R. C. , Costa, G. M. C., & Souto, R. Q. (2022). Risco de violência e apoio social em idosos: estudo transversal. *Acta Paul Enferm*, 35. [http:// 10.37689/acta-ape/2022AO006334](http://10.37689/acta-ape/2022AO006334)
- Santos, D. O. (2017). *Maus tratos contra a Pessoa Idosa: Modelo Integrado de Policiamento de Proximidade–Realidade ou Ficção?* (Master's thesis, Universidade Fernando Pessoa). Repositório Institucional da Universidade Fernando Pessoa. <http://hdl.handle.net/10284/6897>
- Serra et al. The Importance of the Risk of Suffering Violence and Negative Affects as Predictors of Loneliness in the Elderly People: The Explanation by the Gamma Model. *CPQ Neurology and Psychology*, 5(2), 01-10.
- Serviço Nacional de Saúde. (2019, July 22). Estudo | Impacto da solidão em idosos.
- Shimizu, Y., Suzuki, M., Hata, Y., & Sakaki, T. (2022). Influence of perceived ageism on older adults: focus on attitudes toward young people and life satisfaction. *Advances in Gerontology*, 12(4), 370-374.
- Silva, C. F. S., & Dias, C. M. D. S. B. (2016). Violência contra idosos na família: motivações, sentimentos e necessidades do agressor. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 36, 637-652.DOI: 10.1590/1982-3703001462014
- Silva, E. G. D., Eulálio, M. D. C., Souto, R. Q., Santos, K. D. L., Melo, R. L. P. D., & Lacerda, A. R. (2019). A capacidade de resiliência e suporte social em idosos urbanos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24, 7-16. <https://doi.org/10.1590/1413->

- Silva, J. M. N. D., Barbosa, M. F. D. S., Castro, P. D. O. C. N. D., & Noronha, M. M. (2013). Correlação entre o risco de queda e autonomia funcional em idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 16, 337-346.
- Simoceli, L., Bittar, R. M. S., Bottino, M. A., & Bento, R. F. (2003). Perfil diagnóstico do idoso portador de desequilíbrio corporal: resultados preliminares. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, 69, 772-777.
- Slazer, M. S., & Karni-Vizer, N. (2021). Exploring the Impact of Verbal Abuse on Recovery: A Mediation Study. *Community Mental Health Journal*, 57(5), 994-999.
<https://doi.org/10.1007/s10597-020-00707-3>.
- SNS. Retirado de: <https://www.sns.gov.pt/noticias/2019/07/22/estudo-impacto-da-solidaoem->
- Steinmayr, D., Weichselbaumer, D., & Winter-Ebmer, R. (2020). Gender differences in active ageing: Findings from a new individual-level index for European countries. *Social Indicators Research*, 151(2), 691-721.
- Stern, Y. (2002). What is cognitive reserve? Theory and research application of the reserve concept. *Journal of the international neuropsychological society*, 8(3), 448-460.
- Stern, Y. (2013). The concept of cognitive reserve: a catalyst for research. *Cognitive Reserve*, 18-21.
- Swift, H. J., Abrams, D., Lamont, R. A., & Drury, L. (2017). The risks of ageism model: How ageism and negative attitudes toward age can be a barrier to active aging. *Social Issues and Policy Review*, 11(1), 195-231.
- Tajfel, H. (1979). An integrative theory of intergroup conflict. *The social psychology of intergroup relations/Brooks/Cole*.
- Terán-Mendoza, O., & Cancino, V. (2025). Ageism and Loneliness in People Over 50: Understanding the Role of Self-Perception of Aging and Social Isolation in a Chilean

- Sample. *Journal of applied gerontology: the official journal of the Southern Gerontological Society*, 7334648251314283.
<https://doi.org/10.1177/07334648251314283>
- Terán-Mendoza, O., & Cancino, V. (2025). Ageism and Loneliness in People Over 50: Understanding the Role of Self-Perception of Aging and Social Isolation in a Chilean Sample. *Journal of applied gerontology : the official journal of the Southern Gerontological Society*, 7334648251314283. Advance online publication.
<https://doi.org/10.1177/07334648251314283>
- Tomé, A. M., & Formiga, N. S. (2020). Teorias e perspectivas sobre o envelhecimento: conceitos e reflexões. *Research, Society and Development*, 9(7), e874974589e874974589.
- Tsarkov, A., & Petlovanyi, P. (2019). Neuropsychiatric aspects of a common problem: stroke. *European Journal of Medical and Health Sciences (EJMED)*, 1(3), 1-6
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. (2019). *World Population Ageing 2019: Highlights*. United Nations.
<https://digitallibrary.un.org/record/3846855/files/WorldPopulationAgeing2019-Highlights.pdf>
- Van Rosmalen, L., Van der Veer, R., & Van der Horst, F. (2015). Ainsworth's strange situation procedure: The origin of an instrument. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 51(3), 261-284.
- Veras, M. L. M., Teixeira, R. S., Granja, F. B. C., & Batista, M. D. R. F. F. (2015). Processo de envelhecimento: um olhar do idoso. *Revista interdisciplinar*, 8(2), 113-122.
- Vergueiro, M. E. de C., & Lima, M. P. de. (2010). O ageism e os maus-tratos contra a pessoa idosa. *Psychologica*, (52-II), p. 185-208. https://doi.org/10.14195/1647-8606_52-2_8
- Verissimo, R. *Desenvolvimento psicossocial (Erik Erikson)*. Porto: Faculdade de Medicina do

- Porto, 2002.
- Vieira, S. S. (2023). *A solidão no idoso institucionalizado em estruturas residenciais para idosos: um contributo para a reconfiguração do envelhecimento saudável* (Master's thesis, Universidade de Coimbra). Repositório Científico da Universidade de Coimbra. <https://hdl.handle.net/10316/33337>
- Wang, B., & Dong, X. (2018). A associação entre personalidade e solidão: descobertas de uma população chinesa idosa que vive na comunidade. *Gerontologia e Medicina Geriátrica*, 4, 2333721418778181.
- Wang, X., Wang, Y., Zhang, F., Ge, D., & Guo, Z. (2024). Associações entre isolamento social, preconceito de idade percebido e bem-estar subjetivo entre idosos chineses rurais: um estudo transversal. *Enfermagem geriátrica (Nova York, NY)*, 59, 598–603. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2024.08.014>
- Wosiack, R. R., Berlim, C. S., & dos Santos, G. A. (2013). Fatores de risco e de proteção evidenciados em idosos de Ivoti-RS: intervenções psicossociais na área da Gerontologia. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 10(3). DOI: <https://doi.org/10.5335/rbceh.v10i3.2495>
- Wyman, M. F., Shiovitz-Ezra, S., & Bengel, J. (2018). *Ageism in the health care system: Providers, patients, and systems* (pp. 193-212). Springer International Publishing.
- Yamada, K., Muranaga, S., Shinozaki, T., Nakamura, K., Tanaka, S., & Ogata, T. (2018). Diminuição da independência da idade e da mobilidade avaliada por meio do Teste de Risco da Síndrome Locomotora em idosos com deficiência: um estudo transversal. *Geriatrics BMC*, 18, 1-8. DOI 10.1186/s12877-017-0698-7
- Yao, J., Yang, L., Han, X., & Li, Y. (2018). Discriminação percebida e satisfação com a vida de idosos chineses: Os efeitos mediadores da cadeia da identidade nacional e do senso de comunidade. *Fronteiras em Psicologia*, 9, 2572.
- Zapata, P. C. R., & Arredondo, N. H. L. (2012). Percepção de solidão em mulheres. *A Ágora*

USB, 12(1), 143-164.

Anexos

Anexo 1- Consentimento Informado para o participante

Acordo de Consentimento Informado

O problema da terceira idade, em relação à gerontofobia, discriminação maus-tratos e solidão

Convidamos o senhor(a) a participar num estudo em que se irá investigar a solidão na população idosa com o impacto da gerontofobia, discriminação e maus-tratos. Esta investigação decorre em articulação com a Universidade Autónoma de Lisboa (Departamento de Psicologia e Centro de Investigação em Psicologia- CIP).

Objetivos Gerais do estudo: O objetivo geral do estudo é analisar a solidão e o impacto que a gerontofobia, discriminação e maus-tratos podem ter na população adulta idosa.

O que fará no estudo: Os idosos que se encontram institucionalizado serem convidados a participar num estudo de cariz transversal, em que será aplicado um questionário sociodemográfico e três questionários psicológicos.

Recolha de dados: Será realizado um momento de avaliação, que acontecerá nos próximos meses. Neste momento será aplicado um protocolo constituído por quatro questionários fáceis de responder e que se referem:

- a) Questionário Sociodemográfico
- b) Escala da Solidão (UCLA)
- c) Ageism Survey
- d) Question to Elicit Elder Abuse (QAGE)

Todos os dados serão trabalhados sem a identificação, pois será dado um código a cada um deles, não permitindo em qualquer momento que este sejam identificados. Garantimos assim, o absoluto anonimato e confidencialidade dos dados de cada um dos participantes. Até porque, assim que os dados tiverem sido recolhidos estes ficam automaticamente anonimizados.

Registo de Dados: pedimos autorização para recolher e arquivar os dados supramencionados, sem a utilização de nomes para manter o absoluto anonimato dos participantes.

Arquivo e divulgação dos dados: Todos os dados recolhidos serão usados exclusivamente para efeitos de investigação científica e respeitarão as regras de proteção de dados da ética científica e da lei geral

européia. Os dados recolhidos serão arquivados, codificados e sem o nome dos participantes. Esperase como resultados deste estudo a publicação de artigos científicos.

Confidencialidade Integridade e Disponibilidade: Os dados pessoais não serão divulgados e serão mantido confidenciais, asseguradas as medidas de segurança técnicas e organizacionais mais adequadas. Os dados recolhidos serão mantidos codificados e arquivados num base de dados protegida por palavra-passe. Apenas dois elementos da coordenação, direção científica do projeto e responsável pelo tratamento de dados terão acesso aos seus dados pessoais. Todos os intervenientes que recolhem os dados estão sob compromisso de confidencialidade e de sigilo. Todos os dados pessoais serão eliminados, ao final de cinco anos, após a publicação dos resultados, mantendo-se os dados recolhidos anonimizados.

Participação voluntária: A participação é voluntária. Tem o direito de desistir do estudo a qualquer momento sem qualquer penalização, bastando para isso informar os coordenadores do projeto. No final do estudo, os participantes poderão pedir a ter acesso a informação mais específica sobre os objetivos, hipóteses, procedimentos, resultados e conclusões do estudo.

Se tiver dúvidas sobre o estudo, pode contactar os responsáveis pela coordenação do projeto e da investigação: Liliana Figueiredo: lilianafigueiredo1996@gmail.com

Direitos dos Titulares dos Dados face ao Tratamento ou Transferência dos Dados: Os seus dados não serão objeto de tratamento para decisões individuais automatizadas, nem para definição de perfis. Não serão transferidos para países terceiros. O titular dos dados tem o direito de retirar o seu consentimento a qualquer altura, aceder, retificar, eliminar, bloquear ou pedir a portabilidade dos seus dados e limitar ou opor-se ao tratamento dos dados, devendo para o efeito dirigir-se pessoalmente às instalações da Universidade Autónoma de Lisboa, na Rua de Santa Marta. O Fundamento Jurídico da legitimidade do tratamento é feito por assinatura do consentimento informado.

Todos os dados pessoais são tratados de acordo com os termos do previsto na Lei nº67/98, de 26 de outubro e no Regulamento EU 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho. O titular dos Dados tem o direito de apresentar reclamação à Comissão Nacional de Proteção de Dados ou a qualquer outra autoridade de controlo.

Tomei conhecimento das condições de participação neste estudo e aceito participar, para tal assino este consentimento informado:

Assinatura: _____

Anexo 2- Consentimento para as instituições

Ex.mo(a) Senhor(a) Diretor(a)

Chamo-me Liliana Figueiredo, sou estudante do 2º ano de Mestrado no curso de Psicologia Clínica e Aconselhamento na Universidade Autónoma de Lisboa.

Venho por este meio, solicitar a participação da vossa instituição no meu projeto de investigação que tem como objetivo principal analisar a relação entre gerontofobia, discriminação e maus-tratos em idosos que sentem solidão, sendo este estudo orientado pela Professora Doutora Lúcia Serra. Este estudo é composto pelos seguintes critérios:

Critério de Inclusão: Para a participação efetiva no presente estudo, os critérios são os seguintes: a)

População a partir dos 65 anos

- b) Saiba falar português
- c) Que estejam institucionalizados
- d) Dentro da área Metropolitana de Lisboa

Critérios de Exclusão: Para a participação efetiva no presente estudo, os critérios são os seguintes:

- a) Pessoa idosa que não domine a língua portuguesa
- b) Que não vivam em Portugal
- c) Que não esteja institucionalizado
- d) Que apresente um quadro demência

Todos os dados serão trabalhados sem a identificação, pois será dado um código a cada um deles, não permitindo em qualquer momento que este sejam identificados. Garantimos assim, o absoluto anonimato e confidencialidade dos dados de cada um dos participantes. Até porque, assim que os dados tiverem sido recolhidos estes ficam automaticamente anonimizados.

Será realizado um momento de avaliação, onde será aplicado um protocolo constituído por quatro questionários fáceis de responder e que se referem:

- a) Questionário Sociodemográfico
- b) Escala da Solidão (UCLA)
- c) Ageism Survey
- d) Questionário de Gerontofobia (QAGE)
- e) Question to Elicit Elder Abuse (QUEEA)

Direitos dos Titulares dos Dados face ao Tratamento ou Transferência dos Dados: Os seus dados não serão objeto de tratamento para decisões individuais automatizadas, nem para definição

de perfis. Não serão transferidos para países terceiros. O titular dos dados tem o direito de retirar o seu consentimento a qualquer altura, aceder, retificar, eliminar, bloquear ou pedir a portabilidade dos seus dados e limitar ou opor-se ao tratamento dos dados, devendo para o efeito dirigir-se pessoalmente às instalações da Universidade Autónoma de Lisboa, na Rua de Santa Marta. O Fundamento Jurídico da legitimidade do tratamento é feito por assinatura do consentimento informado.

Todos os dados pessoais são tratados de acordo com os termos do previsto na Lei nº67/98, de 26 de outubro e no Regulamento EU 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho. O titular dos Dados tem o direito de apresentar reclamação à Comissão Nacional de Proteção de Dados ou a qualquer outra autoridade de controlo.

Tomei conhecimento e aceito as condições do presente estudo:

Anexo 3- Questionário Sociodemográfico dirigido ao Lar

I. Dados Pessoais

1-Sexo: Feminino ☐ Masculino ☐

2- Qual é a sua idade? _____.

3- Qual é o seu estado civil?

Solteiro (a) ☐

Casado (a) ☐

União de facto ☐

Divorciado (a) ☐

Viúvo (a) ☐

4- Naturalidade: _____.

5- Escolaridade:

1º ciclo (1º ao 4º ano) ☐

2º ciclo (5º ao 6º ano) ☐

3º ciclo (7º ao 9º ano) ☐

Secundário (10º ao 12º ano) ☐

Universitário (licenciatura) ☐

Mestrado ☐

Doutoramento ☐

6- Frequenta:

Lar

Centro de Dia

II. Motivos

2.1- Quais foram os motivos de ter sido institucionalizado(a)?

- Doença ☐
- Situação financeira ☐
- Abandono familiar ☐
- Solidão ☐
- Vontade própria ☐

2.2- Há quanto tempo se encontra institucionalizado (a)?

- 1-3 meses ☐
- 4-6 meses ☐
- 7-9 meses ☐
- 1 ano ☐
- 2 anos ☐
- 3 anos ou mais ☐

2.3- Toma alguma medicação? Sim ☐ Não ☐

2.4- Quantas vezes recebe visitas por semana dos seus familiares ou amigos?

- 0 vezes ☐
- 1-2 vezes ☐
- 2-3 vezes ☐
- 4-5 vezes ☐

2.5- O que costuma fazer nos seus tempos livres?

- Ver televisão ☐
- Fazer trabalhos manuais (croché, tricô, pintura, desenhos) ☐
- Ler ☐
- Jogar ☐
- Ouvir música ☐
- Conversar com os outros utentes ☐

|

4- Questionário Sociodemográfico dirigido ao Centro de Dia

I. Dados Pessoais

1-Sexo: Feminino ☐ Masculino ☐

2- Qual é a sua idade? _____.

3- Qual é o seu estado civil?

Solteiro (a) ☐

Casado (a) ☐

União de facto ☐

Divorciado (a) ☐

Viúvo (a) ☐

4- Naturalidade: _____.

5- Escolaridade:

1º ciclo (1º ao 4º ano) ☐

2º ciclo (5º ao 6º ano) ☐

3º ciclo (7º ao 9º ano) ☐

Secundário (10º ao 12º ano) ☐

Universitário (licenciatura) ☐

Mestrado ☐

Doutoramento ☐

6- Frequenta:

Lar ☐

Centro de Dia ☐

II. Motivos

2.1- Quais foram os motivos para frequentar o centro dia?

- Solidão ☐
- Doença ☐
- Participar nas atividades do centro de dia ☐
- Apoio emocional ☐
- Segurança ☐

2.2- Há quanto frequenta o centro de dia?

- 1-3 meses ☐
- 4-6 meses ☐
- 7-9 meses ☐
- 1 ano ☐
- 2 anos ☐
- 3 anos ou mais ☐

2.3- Toma alguma medicação? Sim ☐ Não ☐

2.4- O que costuma fazer nos seus tempos livres?

- Ver televisão ☐
- Fazer trabalhos manuais (croché, tricô, pintura, desenhos) ☐
- Ler ☐
- Jogar ☐
- Ouvir música ☐
- Conversar com os outros utentes ☐

Anexo 5- Escala da Solidão (UCLA)

3.2. Escala da Solidão (UCLA)

Anexo 2: Escala de Solidão (Russell, D. W., 1988; tradução portuguesa de Neto, F., 1989)

Por favor, leia cada uma das frases e, em seguida, desenhe um círculo à volta de um dos números de cada linha, para indicar se a frase corresponde ou não, em diferentes graus, aquilo que pensa e sente. Não existem respostas certas ou erradas.					
		Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes
1	Sinto-me em sintonia com as pessoas que estão à minha volta.	1	2	3	4
2	Sinto falta de camaradagem.	1	2	3	4
3	Não há ninguém a quem possa recorrer.	1	2	3	4
4	Sinto que faço parte de um grupo de amigos.	1	2	3	4
5	Tenho muito em comum com as pessoas que me rodeiam.	1	2	3	4
6	Já não sinto mais intimidade com ninguém.	1	2	3	4
7	Os meus interesses e ideias não são partilhados por aqueles que me rodeiam.	1	2	3	4
8	Sou uma pessoa voltada para fora.	1	2	3	4
9	Há pessoas a quem me sinto chegado.	1	2	3	4
10	Sinto-me excluído/a.	1	2	3	4
11	Ninguém me conhece realmente bem.	1	2	3	4
12	Sinto-me isolado/a dos outros.	1	2	3	4
13	Consigo encontrar camaradagem quando quero.	1	2	3	4
14	Há pessoas que me compreendem realmente bem.	1	2	3	4
15	Sou infeliz por ser tão retraído/a.	1	2	3	4
16	As pessoas estão à minha volta, mas não estão comigo.	1	2	3	4
17	Há pessoas com quem consigo falar.	1	2	3	4
18	Há pessoas a quem posso recorrer.	1	2	3	4

Anexo 6- Questionário de *Ageism Survey*

ANEXO 1 *Ageism Survey* (Palmore, 2001).

Instruções

Por favor, coloque no espaço em branco uma cruz sobre o número que melhor identifica a frequência com que viveu ou sentiu cada uma das situações que a seguir se descrevem: *Nunca* = 0; *Uma vez* = 1; *Mais do que uma vez* = 2

	<i>Nunca</i>	<i>Uma Vez</i>	<i>Mais do que uma vez</i>
1. Contaram-me uma anedota que ridiculariza ou faz troça das pessoas de idade	0	1	2
2. Enviaram-me um cartão de aniversário que ridiculariza ou faz troça das pessoas de idade	0	1	2
3. Fui ignorado(a) ou não tomado seriamente devido à minha idade	0	1	2
4. Chamaram-me um nome insultuoso relativo à minha idade	0	1	2
5. Falaram comigo de forma condescendente ou paternalista devido à minha idade	0	1	2
6. Recusaram arrendar-me uma casa devido à minha idade	0	1	2
7. Tive dificuldade em obter um empréstimo devido à minha idade	0	1	2
8. Negaram-me uma posição de liderança devido à minha idade	0	1	2
9. Fui rejeitado(a) por não ser atraente devido à minha idade	0	1	2
10. Fui tratado(a) com menos dignidade e respeito devido à minha idade	0	1	2
11. Um empregado de mesa ignorou-me devido à minha idade	0	1	2
12. Um médico ou enfermeiro supôs que as minhas dores são devidas à minha idade	0	1	2
13. Negaram-me tratamento médico devido à minha idade	0	1	2
14. Negaram-me emprego devido à minha idade	0	1	2
15. Negaram-me uma promoção devido à minha idade.	0	1	2
16. Alguém assumiu que eu não ouviria bem devido à minha idade	0	1	2
17. Alguém supôs que eu não compreendia bem devido à minha idade	0	1	2
18. Alguém me disse: "és demasiado velho(a)"	0	1	2
19. A minha casa foi vandalizada devido à minha idade	0	1	2
20. Fui vitimado(a) por um crime devido à minha idade	0	1	2

Por favor responda às seguintes questões:

Idade: _____ Sexo: _____ Estado Civil: _____

Qual o maior grau de escolaridade que concluiu? _____

Qual o local (Concelho) da sua residência? _____

Anexo 7- Questionário dos Maus-tratos (QEEA)

Perguntas de eliciação do abuso ou negligência a adultos idosos

(Carney, Kahan & Paris, 2003; Questions to Elicit Elder Abuse)

(Traduzido e validado por José Ferreira-Alves & Mónica Sousa, 2005, 2010, Universidade do Minho)

Instrução: Se tiver mais de 65 anos, queremos pedir-lhe o favor de participar numa investigação sobre algumas condições de vida dos adultos de mais idade. Os dados recolhidos são completamente confidenciais (o seu nome nunca aparecerá em nenhum local, nem será do conhecimento de mais ninguém) e poderão ser muito úteis para nos ajudar a compreender mais sobre a ocorrência de experiências menos agradáveis em adultos de mais idade, como o senhor/a. Sabendo estas informações, que só pessoas como o senhor/a nos podem fornecer, poderá ajudar os serviços de saúde a tê-las em conta quando atendem outras pessoas. Se puder colaborar agradecemos muito a sua disponibilidade.

(Esta recolha de dados deverá ser feita apenas após consentimento informado e entre o participante e o investigador/clínico/profissional de saúde, sem a presença de mais qualquer outra pessoa. A avaliação prévia ou informação autorizada sobre o estado cognitivo do participante é imprescindível).

Condições da recolha de dados: _____ (local/contexto)

Idade: _____ Sexo: M ☐ F ☐ Estado civil: _____

Nível de escolaridade máximo: _____ Vive em casa própria? Sim ☐ Não ☐

Com quem vive? ☐ Esposo(a) ☐ Filhos(as) ☐ Sozinho ☐ Outro: _____

Vai visitar ou recebe visita de outros familiares ou amigos? Sim ☐ Não ☐

Frequenta centros de dia ou associações? Sim ☐ Não ☐

Tem algum hobby ou passatempo? Sim ☐ Não ☐ Qual: _____

Que meios de subsistência tem? Pensão/Reforma ☐ Rendas ☐ Outro: _____ ☐

Como avalia o seu estado de saúde actualmente

☐ Muito bom ☐ Bom ☐ Mais ou menos ☐ Mau

I:

1- Actualmente sente medo de alguém na sua casa? Sim ☐ Não ☐

2- No último ano aconteceu ter sido agarrado(a), batido(a) ou pontapeado(a) por alguém? Sim ☐ Não ☐

3- No último ano aconteceu ter sido amarrado(a) ou fechado(a) num quarto? Sim ☐ Não ☐

4- No último ano aconteceu alguém lhe ter tocado no corpo sem a sua permissão? Sim ☐ Não ☐

II:

- 5- Actualmente sente-se sozinho(a)? ☐ Sim ☐ Não
- 6- No último ano alguma vez foi ameaçado(a) de que seria castigado(a) ou privado(a) das coisas que gosta, ou ainda de que seria posto(a) num lar para pessoas idosas? ☐ Sim
Não ☐ ☐
- 7- No último ano aconteceu-lhe não lhe terem prestado atenção ou ter sido ignorado(a) por alguém quando o que esperava era que falassem ou conversassem consigo?
☐ Sim ☐ Não
- 8- No último ano aconteceu ter sido forçado(a) a comer? ☐ Sim ☐ Não ☐
- 9- Quando as pessoas com quem vive não concordam consigo em alguma coisa, acontece o seguinte:
Discussões verbais violentas ☐
Conversações tranquilas ☐
Agressões físicas ☐
Ameaças ☐
Abandono/isolamento ☐
Não surgem conflitos ☐
Outros: _____

III:

- 10- Sente falta de usar óculos, prótese auditiva ou dentes postiços?
☐ Sim ☐ Não
- 11- No último ano alguma vez foi deixado(a) sozinho(a), sem o desejar, por longos períodos de tempo?
☐ Sim ☐ Não
- 12- Actualmente, se precisar de auxílio de emergência, consegue obtê-lo?
☐ Sim ☐ Não Se sim, como? _____
- 13- Quando precisa de ajuda para tarefas quotidianas, consegue obtê-la?
☐ Sim ☐ Não Se sim, como? _____

IV:

- 14- As pessoas que vivem consigo ou a pessoa que cuida de si, depende de si para ter um lugar onde habitar ou para ter apoio financeiro?
☐ Sim ☐ Não
- 15- No último ano deu conta de que lhe tenham tirado dinheiro sem o seu consentimento?
☐ Sim ☐ Não

Anexo 8- Questionário da Gerontofobia (QAGE)

I – Dados sociodemográficos

Este questionário é confidencial.

Idade:

Género:

Masculino ☐

Feminino

☐

Habilitações Literárias:

1ª à 4ª classe ☐

7.º ao 9.º ano ☐

5º ao 6.º ano ☐

10.º ao 12.º ano ☐

Licenciatura ☐

Mestrado ☐

Doutoramento ☐

Estado civil:

Solteiro/a ☐

Casado/a ☐

União de facto ☐

Divorciado/a ☐

Viúvo/a ☐

Situação profissional:

Empregado/a ☐

Desempregado/a ☐

Tem religião?

Sim ☐

Não ☐

Tem pessoas idosas na família?

Sim ☐

Não ☐

Se sim, quem? _____

II. Assinale com um X o número que corresponde à sua opinião pessoal e apenas uma resposta por cada item.

1	2	3	4
Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente

		1	2	3	4
1	A velhice está associada a coisas boas (mais maturidade, tempo para desfrutar a alegria e a felicidade)				
2	As pessoas idosas são todas iguais				
3	A morte e o envelhecimento são a mesma coisa				
4	Uma pessoa idosa é útil				
5	A velhice é ter cabelos brancos, rugas e andar devagar				
6	Burro velho não aprende línguas				
7	As pessoas idosas são encaradas como símbolo de sabedoria em todas as culturas				
8	Uma pessoa idosa é doente				
9	Se pudesse seria sempre jovem				
10	Uma pessoa idosa é excluída socialmente (trabalho, saúde, situação económica)				
11	A velhice assusta os mais jovens				
12	Uma pessoa idosa geralmente é pobre				
13	Uma pessoa idosa é religiosa				
14	As pessoas idosas são vítimas de discriminação e estereótipos que contribuem para as isolar				
15	Identifico se é pessoa idosa pelo aspeto físico				
16	Tenho medo de envelhecer				
17	Os profissionais de saúde sabem lidar com pessoas idosas				
18	Um estilo de vida saudável ajuda a uma velhice bem-sucedida				
19	Uma pessoa idosa passa o dia a ver televisão				
20	Sou apologista de tratamentos anti-envelhecimento				
21	O contacto intergeracional contribui para um envelhecimento ativo				
22	As pessoas idosas fazem sexo				
23	As atitudes da sociedade face à velhice e aos idosos são sobretudo negativas				
24	A velhice deve ser retardada o mais possível				