



Carlos Maia (2021). Percepções de envelhecimento e construção social da velhice. In Joaquim Pinheiro (coord.), *Olhares sobre o envelhecimento. Estudos interdisciplinares*, vol. I, pp. 169-178.

DOI: 10.34640/universidademadeira2021maia

ISBN: 978-989-8805-63-8

**Nota de edição:** Respeitou-se a norma ortográfica seguida pelos Autores.

© CDA, Universidade da Madeira

*O conteúdo desta obra está protegido por Lei. Qualquer forma de reprodução, distribuição, comunicação pública ou transformação da totalidade ou de parte desta obra carece de expressa autorização dos editores e dos seus autores. Os capítulos, bem como a autorização de publicação das imagens, são da exclusiva responsabilidade dos autores.*



## Perceções de envelhecimento e construção social da velhice

CARLOS MAIA

Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias  
Age.Comm-Comunidades Envelhecidas Funcionais  
Instituto Politécnico de Castelo Branco

carlosmaia@ipcb.pt

enviado a 14/01/2021 e aceite a 12/03/2021

### Resumo

A referência ao envelhecer como associado à “passagem do tempo” indica que é algo natural e inevitável, em que ocorrem transformações a vários níveis, que a sociedade assume como fazendo parte do processo de envelhecimento. De tal modo que quando alguém mais jovem apresenta, de forma mais evidente, algumas dessas transformações associadas à “passagem do tempo”, referimo-nos a essa pessoa como parecendo um velho. Mas também existe a situação inversa, em que pessoas mais velhas não apresentam essas transformações, características das pessoas da sua idade. Estes exemplos demonstram que o envelhecimento não ocorre de forma homogénea, e varia de pessoa para pessoa. Os recursos de que cada pessoa dispõe para se adaptar a esta fase da vida são fortemente influenciados pelos percursos de cada um, os quais influenciam, de forma determinante, o processo de envelhecimento. Não se envelhece da mesma maneira no espaço rural ou numa grande metrópole, tendo uma vida ativa ou uma vida sedentária, partilhando uma ampla rede de relações sociais ou vivendo de forma solitária.

No entanto, as inevitáveis alterações verificadas durante o processo de envelhecimento têm conduzido a representações sociais tendencialmente associadas a estereótipos e preconceitos, que influenciam e modelam a forma, muitas das vezes discriminatória, como a sociedade interage com as pessoas idosas, como se estas pessoas, chegadas a esta fase da vida, vissem esbatidas as diferenças individuais que as caracterizam e distinguem enquanto seres humanos, e passassem todas a estar desprovidas de quaisquer competências.

Palavras-chave: Envelhecimento; Idosos; Construção social; Representação social.

### Abstract

The reference to growing old as associated with the "passage of time" indicates that it is something natural and inevitable, in which transformations occur at various levels, which society assumes as being part of the ageing process. So that when someone younger presents, in a more evident way, some of those transformations associated with the "passage of time", we refer to that person as looking like an old man. However, there is also the opposite situation, in which older people do not present these transformations, characteristic of people of their age. These examples show that ageing does not occur homogeneously and varies from person to person. The resources available to each person to adapt to this phase of life are strongly influenced by each person's pathways, which have a decisive influence on the ageing process. One does not age in the same way in a rural area or in a big metropolis, living an active or sedentary life, sharing a wide network of social relationships or living alone.

However, the inevitable changes that occur during the ageing process have led to social representations that tend to be associated to stereotypes and prejudices, which influence and shape the way, often discriminatory, in which society interacts with the elderly, as if these people, reaching this stage of life saw the individual differences that characterize and distinguish them as human beings blurred, and all of them became devoid of any skills.

Keywords: Ageing; Elderly; Social construction; Social representation.

## Introdução

As representações sociais sobre as pessoas idosas estão frequentemente associadas a conceitos de vulnerabilidade, improdutividade, doença e dependência. Estes (pre)conceitos, ou estereótipos, socialmente disseminados e partilhados, têm conduzido a falsas ideias e crenças sociais, e a comportamentos discriminatórios face às pessoas idosas, mas têm, também, influenciado não só a forma como os idosos são *olhadas e tratadas* pela sociedade, assim como os próprios idosos que, ao internalizarem esses estereótipos, autocondicionam o seu próprio comportamento, o que os leva a agir da forma que a sociedade espera.

Importa, por isso, conhecer as perceções de envelhecimento para melhor se compreender como têm influenciado a construção social da velhice.

Apesar de cada vez mais pessoas atingirem idades muito avançadas e gozarem, na maioria das situações, de uma boa qualidade de vida, marcada por considerável funcionalidade, tanto física como mental, continua a verificar-se uma tendência geral para a desvalorização das pessoas idosas. Ainda é frequente persistirem noções como: as pessoas idosas são incapazes de se desenvolverem, a velhice corresponde a uma “segunda infância”, os idosos são inflexíveis e resistentes à mudança, os idosos possuem um poder de iniciativa limitado e dificuldade em abraçar novos projetos, etc. Também imagens que associam o envelhecimento a doença, inatividade, depressão, aborrecimento e incapacidades várias, são igualmente exemplos dessa tendência. Wurtele (2009), num estudo sobre o modo como estudantes veem a velhice (definida como tendo o seu início aos 65 anos de idade), demonstrou através dos dados provenientes de uma amostra recolhida ao longo de dez anos, composta por 1340 estudantes de psicologia norte-americanos, que a imagem comum da velhice é ainda hoje predominantemente negativa, caracterizada pela passividade.

Com efeito, apesar de se tratar de um acontecimento inevitável e normativo, o processo de envelhecimento é frequentemente mal compreendido, e surge associado a falsas ideias e a crenças que rapidamente se transformam em preconceitos ou estereótipos. A diminuição de autoestima, a falta de motivação, o desinteresse pela sexualidade e a diminuição de faculdades mentais, entre outras, são representações comuns na avaliação feita do envelhecimento e da velhice. Uma vez que culturalmente nos é transmitido que as capacidades declinam à medida que se envelhece, os estereótipos associados à idade são facilmente interiorizados e levam facilmente as pessoas a acreditar neles.

## Idadismo

As representações, preconceitos e estereótipos, socialmente disseminados e partilhados, tornam propício o surgimento de afetos negativos (rejeição, por exemplo), cognições e comportamentos discriminatórios face às pessoas idosas. Esta discriminação quando, como aqui, tem por base a idade cronológica, pode ser designada por *idadismo*, fenómeno que se refere às atitudes e práticas negativas generalizadas em relação aos indivíduos baseadas apenas na sua idade (Marques & Lima, 2010). O *idadismo*, referindo-se a um juízo, a uma opinião negativa, a uma discriminação de alguém devido à sua idade, marca presença em várias sociedades, incluindo a portuguesa (Marques & Lima, 2010; Marques, 2016).

Estas crenças sociais negativas acerca do envelhecimento e dos idosos, baseadas fundamentalmente em estereótipos, influenciam não só a forma como as pessoas idosas são

*olhadas e tratadas* pelos mais novos e a forma como a sociedade em geral se relaciona com elas, mas também a forma como os próprios idosos se comportam. Na verdade, os idosos integram as imagens resultantes das representações sociais e das expectativas que existem a seu respeito, originando percepções pessimistas relativas à experiência de envelhecer e levando os mais velhos a adotarem os comportamentos que deles tipicamente são esperados (Nelson, 2009). Ainda segundo o mesmo autor quanto mais a pessoa idosa estiver exposta a comentários ou concepções negativas a seu respeito, mais ela irá desenvolver uma visão negativa do seu próprio envelhecimento. As pessoas idosas também exibem atitudes *idadistas* face ao grupo a que pertencem e até a si mesmas. Uma consequência grave do *idadismo*, de resto, é o facto de ele não só suscitar uma atitude negativa face ao comportamento dos mais novos para com os mais velhos, como fazer inclusivamente “com que os próprios idosos olhem para si mesmos de acordo com uma imagem socialmente conforme às expectativas generalizadas, isto é, incompetentes e incapazes” (Fonseca, 2006, p.28). O mesmo autor salienta a preocupação expressa por diferentes investigadores quanto à possibilidade de os idosos internalizarem as crenças *idadistas* (incompetentes, doentes, lentos) e de tal se refletir na postura assumida perante a vida, fazendo por comportar-se não de acordo com o que a sua idade funcional lhes permite, mas sim em função do que estas crenças negativas estabelecem como normativo e esperado para a sua idade cronológica, numa lógica de profecia auto cumprida (Marques, 2016). Ao contrário de outras formas de discriminação, como o racismo ou o sexismo, o *idadismo* não é sequer recriminado socialmente (Marques & Lima, 2010), aumentando a vulnerabilidade dos idosos.

De acordo com Levy et al. (2002), a integração de tal tipo de crenças, às quais os autores se referem como auto estereótipos de envelhecimento, inicia-se desde cedo. Nas sociedades ocidentais, enquanto jovens e adultos, os indivíduos crescem numa sociedade marcada pelo *idadismo* e acabam por integrar essas crenças, não as questionando quando chegam a idosos e havendo até relatos de um certo favoritismo exo-grupal em relação aos mais jovens (Kite et al., 2005; Marques & Lima, 2010). A internalização de estereótipos de cariz *idadista* não tem efeitos apenas nas escolhas e nos comportamentos dos indivíduos, podendo ter um efeito mais vasto. Num estudo em que procurou ativar subliminarmente estereótipos sobre o envelhecimento numa amostra de 90 sujeitos com idade igual ou superior a 60 anos, Levy et al. (2002) descobriu que ativar estereótipos positivos tende a melhorar não só as visões sobre o envelhecimento, mas também o desempenho cognitivo e a autoeficácia, enquanto a ativação de estereótipos negativos tende a ter um efeito diametralmente inverso.

Importante será referir que, tal como Fonseca (2006) sublinha, paralelamente às crenças que sustentam o *idadismo* também se verifica nas sociedades modernas a ideia oposta e irrealista segundo a qual o envelhecimento é algo de subjetivo e que pode ser evitado. Esta ideia é fundada numa tendência gerontofóbica de negação do envelhecimento e que vulgarmente é aproveitada por empresas comerciais para venderem produtos “anti envelhecimento”. Apesar de a biologia mostrar que é possível, até certo ponto, modular a longevidade, é utópico pensar que se podem reverter as causas do envelhecimento (Holliday, 2006). A difusão deste género de utopias carregadas de otimismo está, muitas vezes, na origem de frustrações relacionadas com a falta de preparação para o confronto inevitável com as perdas, à medida que se envelhece, sejam elas de ordem biológica, funcional ou mesmo de estatuto social. No *English*

*Longitudinal Study of Ageing* (ELSA), por exemplo, quase dois terços da amostra (dividida por três grupos etários, dos 50 aos 75 anos de idade) são de opinião que os idosos não são respeitados na sociedade (Demakakos et al., 2006).

### **Quando se entra na velhice?**

O próprio momento de entrada no período comumente designado por velhice corresponde a uma construção social. Na maioria dos países europeus, o início oficial do envelhecimento foi definido por volta dos 60/70 anos e essa é também a idade estabelecida para o início da reforma. No entanto, de acordo com Fonseca (2006, p. 186),

efetivamente, nada ocorre aos 65 anos, precisamente aos 65 anos, nem biológica nem psicologicamente para que se utilize essa idade como fronteira de diferenciação social, em que para trás o indivíduo é útil, válido e responsável, e daí para a frente vê-se rejeitado ou pelo menos marginalizado por uma sociedade competitiva para a qual deixou de ter valor.

De facto, como observado no ELSA, não só os indivíduos de meia-idade e idosos tendem a sentir-se mais jovens do que a sua idade cronológica propriamente dita, como percebem a entrada na velhice como iniciando-se em idades distintas. Os participantes mais jovens (50-54 anos) consideram que a velhice começa aos 68 anos, enquanto os participantes que tinham mais de 80 anos consideravam que ela começa aos 75 anos (Demakakos et al., 2006). Este “adiamento” da idade em que habitualmente se considera que um indivíduo passou a ser idoso pode ter implícita uma tentativa de identificação com um grupo de estatuto social superior, de forma a preservar a autoimagem, moderando os efeitos negativos das perdas pelo facto de se estar a experimentar níveis satisfatórios ou mesmo elevados de funcionalidade.

As percepções que os indivíduos, de qualquer idade, têm acerca do envelhecimento implicam uma apreciação individual, refletem as suas formas de pensar e os julgamentos face às experiências, acabando por influenciar o modo como se estabelecem metas e objetivos futuros. Planear o futuro pode ser considerado um processo de autorregulação na medida em que é uma forma de moldar o desenvolvimento individual (Kotter-Gruhn et al., 2009). No que diz respeito às percepções associadas ao futuro, os homens apresentam percepções mais positivas do que as mulheres, muito embora tais percepções se tornem progressivamente mais negativas à medida que o funcionamento cognitivo e a saúde diminuem. Os indivíduos que percecionam a sua saúde como pobre poderão mesmo não querer fazer planos para o futuro.

Outros estudos revelaram ainda que muitos adultos com mais de 60 anos se sentem mais novos do que a sua idade cronológica faria supor. Estas conceções relativas à idade parecem ser um melhor preditor relativamente ao funcionamento físico e psicológico do que a idade cronológica. A idade cronológica parece, pois, não ser um aspeto central na avaliação da sua própria condição de velhice. De facto, a não ser que estejam doentes ou deprimidas, as pessoas idosas não se consideram velhas e tendem a associar a velhice a indivíduos que apresentam manifestas incapacidades, dependentes ou residentes em lares, imagens das quais fazem todos os possíveis para se distanciar.

Nesta medida, em que se baseia a definição de “velho”? Quem define quem é “velho”? Provavelmente uma pessoa é velha, como sucede com qualquer outro papel e estatuto social,

quando as outras pessoas assim a consideram. É a sociedade que se encarrega de categorizar a velhice, devido à necessidade, sobretudo administrativa, de organizar os indivíduos no espaço social através de critérios com base na idade. A idade, só por si, não ajuda a compreender o processo de desenvolvimento de cada pessoa, uma vez que a sua significação está relacionada com o contexto. Dantes, abordar o envelhecimento significava estarmo-nos a referir a uma etapa próxima do fim da vida. Atualmente, com o aumento da esperança de vida, o fenómeno é frequentemente abordado pelas consequências e riscos que pode representar para os sistemas de saúde e de segurança social. Ainda assim, a categorização efetuada com base na idade constitui uma forma de regulação social, que gera a expectativa daquilo que é suposto as pessoas realizarem, consoante a fase da vida em que se encontram. Valida-se, assim, aquilo que é “normal” ou “permitido” e aquilo que é “anormal” ou “proibido”, para além da valorização daquilo de que os membros desta categoria social são e não são capazes de fazer. Mas, tal como as outras etapas da vida, também o processo de envelhecimento é dinâmico, pelo que não corresponde, em absoluto, a esta normalização.

### **A construção social da velhice**

A construção social da velhice é influenciada pelas perceções relacionadas com a idade. A conceção que temos de uma pessoa idosa difere consoante a etapa da vida em que nos encontramos. Ser velho é diferente para uma criança, para um adulto ou para um velho. As conotações, positivas e negativas, que a sociedade atribui aos velhos, e à velhice, são fortemente influenciadas pelo contexto sociocultural. Por exemplo, considerar um idoso como alguém detentor de conhecimento e de experiência, com estatuto social reconhecido e com influência sobre os outros elementos do grupo é uma construção que ocorre com mais frequência em contextos rurais, onde a transmissão do conhecimento se faz mais frequentemente através da via oral e menos baseada em artefactos tecnológicos.

Por oposição a esta aceção, a construção negativa reforça a velhice como um estado deficitário, em que ocorre um declínio acentuado das capacidades, e caracterizado por perdas significativas e irreversíveis (da juventude, da saúde e da independência). Verifica-se com maior frequência em contexto urbano, onde é mais valorizada a riqueza, a beleza e a juventude, e onde a aquisição e transmissão de conhecimentos se fazem essencialmente fora do ambiente familiar.

Em qualquer processo de desenvolvimento há crescimento e ganhos, mas também perdas e deterioração. No entanto, ao processo de envelhecer estão associadas, mais frequentemente, imagens negativas. Os próprios significados de envelhecer constantes no Dicionário da Língua Portuguesa expressam uma forte carga negativa atribuída a esta fase da vida, associando-a a perdas, danos, decadência. A ideia de que a redução das capacidades dos idosos impede o seu processo de desenvolvimento e a capacidade de adaptação, legitima a aceitação, por parte da sociedade, da *diminuição da responsabilidade*, da *dependência* e da *incompetência* das pessoas idosas, o que conduz a uma discriminação e a uma redução do seu estatuto social.

Almeida (2014) cita Bernard Strehler, um gerontologista de referência do terceiro quartel do século XX, que afirmava que o envelhecimento dos organismos é intrínseco, universal, progressivo e irreversível:

- *Intrínseco* significa que é uma condição inerente ao organismo, isto é, qualquer organismo, independentemente do seu ambiente, irá envelhecer, isto é, declinar funcionalmente;
- *Universal* significa que em cada espécie todos os indivíduos envelhecem, embora uns o façam mais depressa e outros mais lentamente;
- *Progressivo e irreversível* refere-se ao sentido da perda funcional, que quando ocorre não permite retorno ao estado anterior ou condição inicial.

A perda, ou declínio, funcional tem como consequência a fragilidade. De acordo com Hayflick (2000), o envelhecimento corresponde a um estado de fragilidade, havendo determinadas características que o distinguem da doença, sendo, na maioria dos casos, a presença ou a ausência de sintomas do foro clínico que vai ajudar a distinguir entre envelhecimento e doença (Almeida, 2014). Por exemplo, se um indivíduo A com 70 anos tem doença de Alzheimer, designamo-lo como doente; um indivíduo B com 70 anos continua a trabalhar, mesmo que tenha o rosto marcado por rugas, designamo-lo por ativo; finalmente, um indivíduo C reformado e com dificuldades em subir escadas, esse acabaremos certamente por designá-lo como envelhecido.

O processo de envelhecimento é muito diferenciado de pessoa para pessoa, sendo marcado por diferentes modos de experimentação das vivências que o atravessam e por diferentes trajetórias de adaptação às consequências do avanço da idade (Fonseca, 2014). Não obstante toda esta heterogeneidade, a saúde é para a generalidade das pessoas idosas um aspeto fundamental quando se avalia o respetivo bem-estar (tanto físico como psicológico) e a referência a problemas de saúde é uma constante na autoavaliação que os idosos fazem do seu bem-estar, surgindo sempre no topo das suas preocupações (Bowling et al., 2003).

Segundo Fonseca (2014), a introdução do *bem-estar* no domínio da saúde deveu-se à evolução do modo de abordagem das questões relativas à saúde e à doença, deslocando-se de uma ênfase biomédica para uma ênfase mais holística, de cariz biopsicossocial. A condição de saúde deixou de ser avaliada exclusivamente do ponto de vista da mortalidade e da morbilidade, passando a integrar a variável do bem-estar geral, nomeadamente, em pessoas sofrendo de doenças crónicas. Esta abordagem é particularmente pertinente face ao envelhecimento da população, e à evidência de que as pessoas vivem mais tempo, mas com maior probabilidade de sofrerem de doenças crónicas e progressivamente incapacitantes, ou seja, o bem-estar (medido através de escalas e inventários, mas também autoavaliado pelo próprio) passou a ser uma questão central, em particular no que diz respeito aos idosos.

Sabemos que à medida que se envelhece, a ocorrência de doença provoca cada vez mais *stress* e pode, secundariamente, implicar perda de poder económico, alteração das atividades diárias e das relações sociais e, finalmente, diminuição de bem-estar. Todas estas consequências, embora comuns a qualquer situação de doença, surgem como mais prováveis e agravadas na população idosa. No entanto, também é verdade que a perceção da doença e a autoavaliação que a pessoa faz da sua condição de saúde, e do modo como ela influencia o seu bem-estar, correspondem a uma avaliação subjetiva. As pessoas tendem a atribuir significado à sua condição pessoal em função de expectativas, representações e valorizações pessoais, o que ajuda a explicar porque é que *a doença* não é encarada por todos da mesma maneira e porque

é que uma mesma pessoa, em diferentes fases do seu ciclo de vida, encara a doença de formas tão distintas, que podem ir da raiva à resignação (Fonseca, 2014).

Foi na sequência dos resultados apurados através do estudo da Fundação “MacArthur”, que foi proposta uma definição de *envelhecimento normal* como um estado não patológico, distinguindo duas formas de envelhecer com base na competência funcional dos indivíduos:

- Uma forma “habitual”, não patológica mas comportando o risco inerente à condição de fragilidade inerente ao processo de envelhecimento;
- Uma forma “bem-sucedida”, de baixo risco e com elevado potencial de funcionamento.

Esta distinção fazia sentido tendo em consideração a elevada prevalência de problemas relacionados com a saúde no decurso do envelhecimento; de facto, a maioria das pessoas, quando questionadas acerca da distinção entre um melhor ou pior envelhecimento, pensam logo na distinção entre saúde e doença. De resto, a perspetiva salutogénica associa o conceito de envelhecimento bem-sucedido à manutenção da saúde.

Os efeitos da presença, ou ausência, de fatores de risco de doença e incapacidade na alteração do bem-estar psicológico, podem ser constatados tendo em consideração o modo como a pessoa idosa lida com as exigências inerentes às suas atividades básicas de vida diária (ABVD) e atividades instrumentais de vida diária (AIVD), mas igualmente à importância que atribui a certas atividades por si valorizadas, e que fiquem comprometidas pela doença (como passear ou ler). Daqui resulta que as pessoas, nomeadamente as idosas, avaliam a sua condição de saúde em função das limitações que se produzem não apenas ao nível da realização de atividades básicas, mas também ao nível das atividades que lhes proporcionam bem-estar: quem valoriza ler avalia de forma mais negativa as limitações visuais; quem valoriza sair de casa e passear sente-se mais penalizado com as limitações motoras. Isto faz que um envelhecimento *com qualidade* ou *bem-sucedido* seja um conceito profundamente individual, em que a consideração das atividades valorizadas pela própria pessoa é estimada em termos de um determinado *estilo de vida pessoal*, não devendo ser generalizada.

Tentar estabelecer um padrão uniforme de atividades de “nível superior” para os idosos (que não pressupõem a sobrevivência), à semelhança do que se faz para as atividades de vida diária que se avaliam em termos de capacidades de vida autónoma, seria um erro que impediria a compreensão plena das consequências resultantes de uma dada doença ao nível do bem-estar de uma pessoa concreta” (Paúl & Fonseca, 2001, p. 128).

Assim sendo, que fatores permitirão fazer face aos riscos de perda de funcionalidade no decurso do processo de envelhecimento e preservar o bem-estar, possibilitando um envelhecimento bem-sucedido? Parecendo fácil responder a esta questão (ser saudável e autónomo, ter amigos, ser amado...), uma série de acontecimentos, mais ou menos inevitáveis, fazem com que por vezes seja muito difícil atingir estes objetivos. Na verdade, perdas de variada ordem estão presentes no decurso do envelhecimento – doenças graves, deficiências funcionais, deterioração mental, problemas sociais ou familiares, redução da rede social, diminuição da autonomia, falta de apoio emocional, solidão, morte do cônjuge, familiares ou pares, uma reforma mal administrada... - todos estes fenómenos, sobretudo quando acumulados num curto

espaço de tempo, podem contribuir para aumentar a vulnerabilidade das pessoas à medida que envelhecem, e limitar a sua percepção de bem-estar.

Repetindo a questão anterior, como lidar com tais condições? Diversos autores têm apontado *fatores de resiliência* que contribuem para “envelhecer bem”:

- Tournier (1997) fala da importância da abertura à experiência, da necessidade de diversificar as atividades pessoais antes da velhice, de romper a rotina, de fazer amigos e cultivar a amizade, ser ativo e aberto aos outros, mas também dar atenção à vida interior e desenvolver a vida espiritual;
- Manciaux (2003) considera que não há receitas, mas sim um conjunto de respostas que, no seu conjunto, se afirmam como “recursos de bem-estar” e que ajudam a envelhecer bem – “os caminhos da resiliência são muitos e variados” (p. 107). Entre esses caminhos, contam-se a eventual continuação, de outro modo e com outro ritmo, da atividade profissional anterior, a adesão a atividades culturais e artísticas, a realização de viagens, o reforço das ligações familiares e a intensificação da vida relacional. O mesmo autor sublinha ainda o valor adaptativo da espiritualidade e fé religiosa, a qual, sem atitudes neuróticas, poderá constituir uma via para manter a esperança em situações de doença (evitando o desânimo e o desligamento psicológico) e perante a realidade da morte;
- Gwyther et al. (2011) compilaram um conjunto de contributos sobre a ideia de resiliência em pessoas mais velhas, sublinhando no geral que a resiliência na velhice implica um processo de gestão das fontes de *stress* típicas desta fase da vida, utilizando recursos individuais e comunitários para aproveitar as oportunidades disponíveis e recuperar das adversidades. Algumas ideias centrais deste autor incluem, assim, fazer face aos contratempos (ligados à saúde, nomeadamente), lidar com as mudanças nos padrões de vida (após a reforma, sobretudo), evitar situações suscetíveis de causar perturbação e esforçar-se por manter a saúde mental.

Para Fonseca (2006, 2014), uma outra forma de responder à questão atrás enunciada é recorrendo à noção de *plasticidade* e às consequências da plasticidade nos processos adaptativos. Entrando em linha de conta com a noção de “ajustamento deve salientar-se o papel que uma organização comportamental flexível desempenha na adaptação individual, promovendo uma ajustada interação adaptativa pessoa-meio. Neste sentido, quanto maior a plasticidade, mais elevada será a capacidade de adaptação às circunstâncias; uma pessoa “plástica” (aqui tomada como resiliente...) será aquela que adotar um controlo comportamental flexível, o que pode ser avaliado através das atitudes que a pessoa idosa adota face ao que lhe está a suceder a nível biológico, social, relacional, etc.

Um dos principais obstáculos que as pessoas têm de enfrentar à medida que envelhecem tem a sua origem fora delas e chama-se estereótipos. Com efeito, quer se tenha mais ou menos idade e uma melhor ou pior aparência, é difícil escapar aos estereótipos negativos acerca do envelhecimento. Pior, o que muitas pessoas não têm consciência é que, frequentemente, ao invés de questionarem a sua validade, aceitam e assumem esses mesmos estereótipos muitos antes de se tornarem, de facto, “pessoas idosas”.

Algumas investigações mostram que a relevância pessoal dos estereótipos ligados ao envelhecimento pode, inclusivamente, ter impacto sobre a longevidade. Num estudo

longitudinal em que se seguiu durante várias décadas um grupo de 660 indivíduos residentes na comunidade com idade igual e superior a 50 anos, Levy et al. (2002) avaliaram a atitude face ao envelhecimento e à longevidade, cruzando essa atitude com medidas sociodemográficas (idade, género, raça, escolaridade e estatuto profissional), medidas de saúde (funcionalidade e saúde percebida), e sentimento de solidão. Os resultados mostraram que os indivíduos com uma atitude positiva relativamente ao seu próprio envelhecimento viveram, em média, mais sete anos e meio quando comparados com aqueles que apresentaram atitudes mais negativas. Aliás, a atitude face ao envelhecimento revelou maior influência sobre a longevidade do que qualquer outra das variáveis analisadas (idade, género, escolaridade e estatuto profissional, solidão e funcionalidade), parecendo desempenhar um papel mais importante do que variáveis de cariz físico (pressão arterial, colesterol), consumo de tabaco, peso e prática de exercício físico.

Na interpretação destes resultados, Levy et al. (2002) sugerem que a manutenção de atitudes e expectativas positivas face ao envelhecimento é suscetível de gerar um efeito em cascata: reduz o *stress* associado às mudanças inerentes ao avanço da idade, promove a resiliência no decurso do processo de envelhecimento e aumenta a longevidade.

Na verdade, conforme defende Fonseca (2014), trata-se, sobretudo, de criar um significado e uma identidade para a velhice, através da manutenção da competência no desempenho das atividades do dia-a-dia, encarando essa mesma competência como uma medida de saúde, e de bem-estar, que tem um papel fundamental na satisfação com a vida.

À medida que se envelhece, *ser capaz de* é um conceito essencial na criação de significado para a vida, e *o que fazemos* está intimamente ligado ao que somos. É indispensável que associado ao envelhecimento se reconheça a necessidade de uma abordagem em que a avaliação das pessoas como saudáveis ou doentes se faça, essencialmente, em termos das atividades que elas são capazes de realizar, e que lhes transmitem um sentido de controlo sobre as suas vidas; “ter saúde” pode ser um facilitador ou uma barreira, mas não um determinante absoluto de bem-estar na velhice, pois variáveis como o estado civil, o local onde se vive, o rendimento disponível ou as relações familiares e sociais têm um papel fundamental na perceção de bem-estar.

## Bibliografia

- Almeida, H. (2014). A difícil relação entre o envelhecimento biológico e a doença. In Fonseca, A. M. (Coord.), *Envelhecimento, saúde e doença. Novos desafios para a prestação de cuidados a idosos* (pp. 63-92). Lisboa: Coisas de Ler.
- Bowling, A., Gabriel, Z., Dykes, J., Dowding, L., Evans, O., Fleissig, A., Banister, D. & Sutton, S. (2003). Let's ask them: a national survey of definitions of quality of life and its enhancement among people aged 65 and over. *International Journal of Aging and Human Development*, 56(4), 269-306.
- Demakakos, P., Hacker, E., Gjonça, E. (2006). Perceptions of ageing. In Banks, J., Breeze, E., Lessof, C. & Nazroo, J. (Org), *Retirement, health and relationships of the older population in England: The 2004 English Longitudinal Study of Ageing (Wave 2)* (pp. 339-366). London: The Institute for Fiscal Studies.
- Fonseca, A. M. (2006). *O envelhecimento: uma abordagem psicológica*. Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Fonseca, A.M. (2014). Envelhecimento, saúde e bem-estar psicológico. In Fonseca, A. M. (Coord.), *Envelhecimento, saúde e doença. Novos desafios para a prestação de cuidados a idosos* (pp. 153-178). Lisboa: Coisas de Ler.
- Gwyther, L. P., Resnick, B., & Roberto, K. A. (2011). *Resilience in Aging: Concepts, Research, and Outcomes*. New York: Springer.
- Hayflick, L. (2000). The future of ageing. *Nature*, 408(6809), 267-269.
- Holliday, R. (2006). Aging is no longer an unsolved problem in biology. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1067(1), 1-9.

- Kotter-Gruhn, D., Kleinspehn, A., Gerstorf, D., Smith, J. (2009). Self-Perceptions of aging predict mortality and change with approaching death: 16-year longitudinal results from the Berlin Aging Study. *Psychology and Aging, 24*(3), 654-667.
- Kite, M. E., Stockdale, G. D., Whitley Jr, B. E., & Johnson, B. T. (2005). Attitudes toward younger and older adults: An updated meta-analytic review. *Journal of social issues, 61*(2), 241-266.
- Levy, B. R., Slade, M. D., Kunkel, S. R., & Kasl, S. V. (2002). Longevity increased by positive self-perceptions of aging. *Journal of personality and social psychology, 83*(2), 261-270.
- Manciaux, M. (2003). Resiliencia y edad avanzada. In *La resiliencia: resistir y rehacerse* (pp. 103-110). Barcelona: Gedisa.
- Marques, S. (2016). *Discriminação da terceira idade*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Marques, S., & Lima, M. L. (2010). Idadismo e a construção social da idade ou as razões psicossociais para o sucesso dos anti-rugas, do botox e da tinta para o cabelo. *Mind\_Português, 1*(1), 13-21.
- Nelson, T. D. (Ed.). (2009). *Handbook of prejudice, stereotyping, and discrimination*. New York: Psychology Press.
- Paúl, C., & Fonseca, A.M. (2001). *Psicossociologia da saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Tournier, P. (1997). *Aprendiendo a envejecer*. Barcelona: Clie.
- Wurtele, S. K. (2009). "Activities of older adults" survey: tapping into student views of the elderly. *Educational Gerontology, 35*(11), 1026-1031.