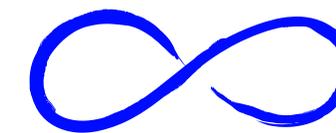




CAMPANHA
MUNDIAL
DE COMBATE
AO IDADISMO

RELATÓRIO MUNDIAL SOBRE O

IDADISMO



CAMPANHA
MUNDIAL
DE COMBATE
AO IDADISMO

RELATÓRIO MUNDIAL SOBRE O

IDADISMO

Versão oficial em português da obra original em Inglês
Global report on ageism
ISBN 978-92-4-001686-6 (electronic version)

Relatório mundial sobre o idadismo

© Organização Pan-Americana da Saúde, 2022

ISBN: 978-92-75-72444-6 (impresso)
ISBN: 978-92-75-72445-3 (pdf)

Alguns direitos reservados. Esta obra está disponível nos termos da licença Atribuição-NãoComercial-Compartilhada 3.0 OIG (CC BY-NC-SA 3.0 IGO) de Creative Commons; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/deed.pt>.

De acordo com os termos desta licença, esta obra pode ser copiada, redistribuída e adaptada para fins não comerciais, desde que a nova obra seja publicada com a mesma licença Creative Commons, ou equivalente, e com a referência bibliográfica adequada, como indicado abaixo. Em nenhuma circunstância deve-se dar a entender que a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) endossa uma determinada organização, produto ou serviço. O uso do logotipo da OPAS não é autorizado.

Adaptação: No caso de adaptação desta obra, o seguinte termo de isenção de responsabilidade deve ser adicionado à referência bibliográfica sugerida: "Esta é uma adaptação de uma obra original da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). As perspectivas e opiniões expressadas na adaptação são de responsabilidade exclusiva do(s) autor(es) da adaptação e não têm o endosso da OPAS".

Tradução: No caso de tradução desta obra, o seguinte termo de isenção de responsabilidade deve ser adicionado à referência bibliográfica sugerida: "Esta tradução não foi elaborada pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). A OPAS não é responsável pelo conteúdo ou rigor desta tradução".

Referência bibliográfica sugerida. Relatório mundial sobre o idadismo. Washington, D.C.: Organização Pan-Americana da Saúde; 2022. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://doi.org/10.37774/9789275724453>.

Dados da catalogação na fonte (CIP). Os dados da CIP estão disponíveis em <http://iris.paho.org>.

Vendas, direitos e licenças. Para adquirir publicações da OPAS, escrever a sales@paho.org. Para solicitar uso comercial e indagar sobre direitos e licenças, acesse <http://www.paho.org/permissions>.

Materiais de terceiros. Para a utilização de materiais nesta obra atribuídos a terceiros, como tabelas, figuras ou imagens, cabe ao usuário a responsabilidade de determinar a necessidade de autorização e de obtê-la devidamente do titular dos direitos autorais. O risco de indenização decorrente do uso irregular de qualquer material ou componente da autoria de terceiros recai exclusivamente sobre o usuário.

Termo geral de isenção de responsabilidade. As denominações utilizadas e a maneira de apresentar o material nesta publicação não manifestam nenhuma opinião por parte da OPAS com respeito ao estatuto jurídico de qualquer país, território, cidade ou área, ou de suas autoridades, nem tampouco à demarcação de suas fronteiras ou limites. As linhas pontilhadas e tracejadas nos mapas representam as fronteiras aproximadas para as quais pode ainda não haver acordo definitivo. A menção a determinadas empresas ou a produtos de certos fabricantes não implica que sejam endossados ou recomendados pela OPAS em detrimento de outros de natureza semelhante não mencionados. Salvo erros ou omissões, os nomes de produtos patenteados são redigidos com a inicial maiúscula.

A OPAS adotou todas as precauções razoáveis para verificar as informações constantes desta publicação. No entanto, o material publicado está sendo distribuído sem nenhum tipo de garantia, seja expressa ou implícita. A responsabilidade pela interpretação e uso do material recai sobre o leitor. Em nenhum caso a OPAS será responsável por prejuízos decorrentes de sua utilização

FPL/HL/2022

ÍNDICE

MENSAGEM DO SECRETÁRIO-GERAL DAS NAÇÕES UNIDAS	VII
PREFÁCIO	IX
AGRADECIMENTOS	XI
ABREVIATURAS	XV
RESUMO EXECUTIVO	XVII
INTRODUÇÃO	XXII
01. A NATUREZA DO IDADISMO	1
1.1 Definição de idadismo	2
1.2 Como o idadismo surge e como funciona	9
1.3 O idadismo e outros "ismos"	10
1.4 Conclusões e perspectivas futuras	13
02. A ESCALA DO IDADISMO CONTRA AS PESSOAS IDOSAS	23
2.1 Idadismo institucional	24
2.2 Idadismo interpessoal	34
2.3 Idadismo contra si próprio	40
2.4 Conclusões e perspectivas futuras	40
03. O IMPACTO DO IDADISMO CONTRA AS PESSOAS IDOSAS	51
3.1 O impacto do idadismo na saúde	52
3.2 O impacto econômico do idadismo	59
3.3 Conclusões e perspectivas futuras	61
04. OS DETERMINANTES DO IDADISMO CONTRA AS PESSOAS IDOSAS	71
4.1 Fatores determinantes do idadismo interpessoal	73
4.2 Os determinantes do idadismo contra si próprio (autodirigido)	79
4.3 Conclusões e perspectivas futuras	80
05. A ESCALA, O IMPACTO E OS DETERMINANTES DO IDADISMO CONTRA JOVENS	89
5.1 A escala do idadismo contra pessoas mais jovens	90
5.2 O impacto do idadismo contra pessoas mais jovens	94
5.3 Os fatores determinantes do idadismo contra pessoas mais jovens	95
5.4 Conclusões e perspectivas futuras	97

06. ESTRATÉGIA 1: POLÍTICAS E LEIS	103
6.1 O que são e como funcionam	104
6.2 O quão bem funcionam	106
6.3 Exemplos	107
6.4 Características e custos principais	112
6.5 Conclusões e perspectivas futuras	115
07. ESTRATÉGIA 2: INTERVENÇÕES EDUCACIONAIS	125
7.1 O que são e como funcionam	126
7.2 O quão bem funcionam	127
7.3 Exemplos	128
7.4 Principais características e custos	130
7.5 Conclusões e perspectivas futuras	132
08. ESTRATÉGIA 3: INTERVENÇÕES DE CONTATO INTERGERACIONAIS	137
8.1 O que são e como funcionam	138
8.3 Exemplos	140
8.4 Características e custos principais	145
8.5 Conclusões e perspectivas futuras	147
09. ESTRATÉGIAS PROMISSORAS	153
9.1 Campanhas	154
9.2 Possíveis estratégias de mitigação do impacto do idadismo	160
9.3 Conclusões e perspectivas futuras	161
10. O CAMINHO A SEGUIR	169
10.1. Recomendação 1: investir em estratégias com base científica para prevenir e reagir ao idadismo	170
10.2 Recomendação 2: Melhorar os dados coletados e as pesquisas realizadas para adquirir uma melhor compreensão sobre o idadismo e para identificar como reduzi-lo.	173
10.3 Recomendação 3: Construir um movimento para mudar o discurso em torno da idade e do envelhecimento	176
10.4 Conclusões	178
GLOSSÁRIO	181
ÍNDICE ALFABÉTICO	187

MENSAGEM DO SECRETÁRIO-GERAL DAS NAÇÕES UNIDAS

O idadismo está amplamente disseminado nas instituições, leis e políticas em todo o mundo. Ele prejudica a saúde e a dignidade dos indivíduos, bem como economias e sociedades de maneira escancarada. O idadismo nega às pessoas seus direitos humanos e a habilidade de cada indivíduo alcançar seu pleno potencial.

Apesar de ser generalizado e ter impactos negativos, o idadismo ainda carece de uma base sólida de conhecimentos embasados em pesquisas dedicadas, informações, dados desagregados e análises sistemáticas das tendências. Este novo *Relatório mundial sobre o idadismo* preenche essa lacuna e destaca a necessidade de ser adotada uma abordagem com vistas ao futuro, embasada em direitos que abordem as estruturas social, legislativa e política que sustentam pressupostos de longa data sobre a 'idade' ao longo do curso da vida.

A pandemia de COVID-19 teve um impacto devastador sobre as pessoas idosas. A solidariedade entre as gerações deve ser o elemento fundamental em nossos esforços pela recuperação. As pessoas idosas também contribuíram de maneira importante para a resposta à crise como profissionais da saúde e cuidadores. As mulheres, por exemplo, estão sobrerrepresentadas tanto entre as pessoas idosas como entre os trabalhadores da saúde (remunerados e voluntários) que cuidam de pessoas idosas.

Meu informe de política sobre as pessoas idosas e a COVID-19, divulgado em maio de 2020, salienta a necessidade de reconhecimento das múltiplas funções exercidas pelas pessoas idosas na sociedade - como cuidadoras, voluntárias e líderes comunitárias - e enfatiza a importância de que sejam escutadas as vozes das pessoas de todas as idades, valorizando suas contribuições e garantindo sua participação substancial na tomada de decisões.

Abordar o idadismo é essencial para que seja criado um mundo mais igual, no qual a dignidade e os direitos de todos os seres humanos sejam respeitados e protegidos. Isso está no âmago da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, o plano detalhado acordado por países de todo o mundo para a construção de um futuro de paz e prosperidade para todos em um planeta saudável. Nesse sentido, parabêniso a louvável iniciativa deste relatório para uma ampla audiência mundial e estou ansioso para trabalhar com todos os parceiros para mantermos a promessa de não deixar ninguém para trás.

PREFÁCIO

A COVID-19 tem afetado pessoas de todas as idades de diferentes maneiras. Mas, além dos impactos do vírus propriamente dito, algumas das narrativas sobre as diferentes faixas etárias expuseram a existência de um problema de raízes profundas e de longa data: o idadismo. As pessoas idosas são frequentemente vistas como uma população frágil e vulnerável como um todo, enquanto as pessoas mais jovens têm sido projetadas como invencíveis, ou imprudentes e irresponsáveis. Os estereótipos (a forma como pensamos), os preconceitos (como nos sentimos) e a discriminação (como agimos) com base na idade não são novidade. A COVID-19 acabou por amplificar essas atitudes prejudiciais.

Este Relatório mundial sobre o idadismo não poderia ser mais oportuno. A mensagem principal é que podemos e devemos prevenir a ocorrência do idadismo, e que mesmo pequenas mudanças na forma como pensamos, sentimos e agimos em relação à idade e ao envelhecimento serão benéficas para os indivíduos e as sociedades.

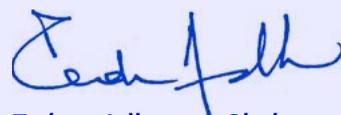
Este relatório revela que o idadismo é prevalente, amplamente disseminado e insidioso, porque passa em grande medida despercebido e incontestado. O idadismo tem consequências graves e de longo alcance para a saúde, o bem-estar e os direitos humanos da população, custando bilhões de dólares à sociedade. Entre as pessoas idosas, o idadismo está associado à piora na saúde física e mental, ao maior isolamento social, à solidão, à maior insegurança financeira, à redução na qualidade de vida e à morte prematura. O idadismo tem sido menos estudado nos jovens, tendo havido menos relatos na literatura, mas vem sendo notificado em várias áreas, inclusive nas relacionadas com emprego, saúde e habitação. Durante todo o curso da vida, o idadismo interage com o capacitismo, o sexismo e o racismo, criando um acúmulo de desvantagens.

Para atingirmos a perspectiva de desenvolvimento duradouro e sumamente melhor que está na essência dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, precisamos mudar o discurso em torno da idade e do envelhecimento. Precisamos levantar a questão da visibilidade e prestar mais atenção às atitudes e comportamentos com viés etário, adotar estratégias em oposição a essas e criar, em resposta, políticas integrais que apoiem todas as etapas da vida.

Em 2016, a Assembleia Mundial da Saúde exortou à Organização Mundial da Saúde que levasse adiante, em colaboração com parceiros, uma campanha mundial de combate ao idadismo. O Relatório mundial sobre o idadismo, desenvolvido pela OMS em colaboração com o Escritório do Alto Comissariado para os Direitos Humanos, o Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais e o Fundo de População das Nações Unidas, serve de subsídio para esta campanha ao apresentar as evidências sobre o que de fato funciona para prevenir e combater o idadismo.

Todos temos um papel a desempenhar na prevenção e na resposta ao idadismo. O relatório sugere passos a serem adotados por todos os interessados diretos - incluindo governos, organizações da sociedade civil, instituições acadêmicas, instituições de pesquisa e empresas - para que as políticas e legislações novas e as já existentes sejam cumpridas e para orientar e estimular o contato entre gerações, visando beneficiar pessoas de todas as idades.

Na medida em que os países procuram se recuperar da pandemia, pessoas de todas as idades continuarão a enfrentar diferentes formas de idadeísmo. Os trabalhadores mais novos talvez tenham uma probabilidade bem menor de encontrar empregos. Os trabalhadores idosos podem se tornar alvos de medidas de contingenciamento da mão de obra. Na saúde, a triagem dos pacientes com base na idade virá apenas limitar o direito das pessoas idosas à saúde. O idadeísmo terá que ser enfrentado durante e após esta crise caso queiramos garantir a saúde, o bem-estar e a dignidade das pessoas onde quer que seja. Na medida em que os países se reconstróem para melhor após a pandemia, e para acelerar o progresso rumo aos é preciso que todos adotem medidas contra o idadeísmo. Nossa visão motriz é a de que o mundo seja para todas as idades; um mundo no qual os estereótipos etários, os preconceitos e a discriminação não limitem nossas oportunidades, nossa saúde, nosso bem-estar e nossa dignidade. Queremos lhe convidar a usar as evidências contidas neste relatório para ajudar essa visão a se tornar uma realidade.



Tedros Adhanom Ghebreyesus

Diretor Geral
Organização Mundial da Saúde



Liu Zhenmin

Secretário-Geral Adjunto
Departamento de Assuntos
Econômicos e Sociais das Nações
Unidas



Michelle Bachelet

Alto Comissariado para os Direitos
Humanos das Nações Unidas



Natalia Kanem

Diretora executiva, Fundo de
População das Nações Unidas

AGRADECIMENTOS

O desenvolvimento deste relatório foi liderado por um Comitê Editorial na Organização Mundial da Saúde (OMS), que inclui Alana Officer, Vânia de la Fuente-Núñez e Christopher Mikton sob a orientação geral de Etienne Krug (Diretor, Determinantes Sociais da Saúde) e Naoko Yamamoto (Subdiretora Geral, Cobertura Universal de Saúde/Populações Mais Saudáveis), em colaboração com Amal Abou Rafeh (Chefe, Unidade de Programas para o Envelhecimento); Rio Hada (Chefe de Equipe, Seção de Direitos Humanos e Questões Econômicas e Sociais do Escritório do Alto Comissariado da ONU para os Direitos Humanos); e Rachel Snow (Chefe, Divisão de População e Desenvolvimento, Fundo de População das Nações Unidas). Muitos outros funcionários das divisões global e regionais da OMS e das Nações Unidas contribuíram com aportes relevantes para suas áreas de atuação. Sem a dedicação, o apoio e os conhecimentos especializados de todos eles, não teria sido possível elaborar este relatório.

O núcleo responsável pelo desenvolvimento da estrutura conceitual do idadeísmo, usada no relatório, incluiu Sophie Amos, Louise Ansari, Liat Ayalon, Jane Barratt, Necodimus Chipfupa, Patricia Conboy, Mary-Kate Costello, Vânia de la Fuente-Núñez, Nathaniel Kendall-Taylor, Angga Martha, Alana Officer, Bhanu Pratap, Jelena Sofranac e Jemma Stovell.

Os autores principais do relatório foram Vânia de la Fuente-Núñez (Capítulos 1, 2, 4, 5, 6 e 10) e Christopher Mikton (Capítulos 2, 3, 5, 7, 8, 9 e 10). O relatório se beneficiou dos ricos aportes proporcionados por muitos especialistas e acadêmicos. Além disso, o relatório foi informado também por uma série de revisões sistemáticas, revisões de escopo e pesquisas qualitativas realizadas em colaboração com a OMS. Os nomes dos especialistas e autores estão listados sob o item Contribuintes.

O relatório também se beneficiou dos esforços de várias outras pessoas, em especial de Miriam Pinchuk, que editou o texto final; de Blossom for Media, responsável pelo design gráfico e comunicação; de Judi Curry, revisora de texto; de Christine Boylan, responsável pela indexação; de Sue Hobbs pelo desenho das figuras e de Alexia Sapin e Florence Taylor pelo apoio administrativo. Agradecemos também a Alison Brunier, Christopher Black, Sarah Russell, Sari Setiogi e Kazuki Yamada, responsáveis pela parte de mídia e comunicação.

A OMS deseja agradecer também ao Governo do Japão por seu generoso apoio financeiro ao desenvolvimento, à tradução e à publicação deste relatório. A elaboração do relatório também teve o apoio de contribuições voluntárias essenciais feitas à OMS.

CONTRIBUINTES

Autores de documentos de pesquisa de base

- *A systematic review of existing ageism scales* [Uma revisão sistemática das escalas existentes de idadeísmo]: Liat Ayalon, Pnina Dolberg, Sarmitè Mikulionienè, Jolanta Perek-Białas, Grażina Rapolienè, Justyna Stypinska, Monika Willińska y Vânia de la Fuente-Núñez.

- *Ageism, healthy life expectancy and population ageing: how are they related?* [Idadismo, esperança de vida saudável e envelhecimento da população: interrelações]: Alana Officer, Jotheeswaran Amuthavalli Thiyagarajan, Mira Leonie Schneiders, Paul Nash y Vânia de la Fuente-Núñez.
- *Campaigning to tackle ageism? Move with the evidence tide* [Campanhas para combater o idadismo? Avance com a maré de evidência]: Cassandra Phoenix y Vânia de la Fuente-Núñez.
- *Determinants of ageism against older adults: a systematic review* [Fatores determinantes do idadismo contra as pessoas idosas: revisão sistemática]: Sibila Marques, João Mariano, Joana Mendonça, Wouter De Tavernier, Moritz Hess, Laura Naegele, Filomena Peixeiro y Daniel Martins.
- *Global reach of ageism on older persons' health: a systematic review* [O alcance mundial do idadismo na saúde das pessoas idosas: revisão sistemática]: E-Shien Chang, Sneha Kannoth, Samantha Levy, Shi-Yi Wang, John E. Lee y Becca R. Levy.
- *Interventions to reduce ageism against older adults: a systematic review and meta-analysis* [intervenções para diminuir o idadismo contra as pessoas idosas: revisão sistemática e metanálise]: David Burnes, Christine Sheppard, Charles R. Henderson, Monica Wassel, Richenda Cope, Chantal Barber y Karl Pillemer.
- *Scoping review on ageism towards younger populations* [Revisão de estudos sobre o idadismo contra as pessoas jovens]: Vânia de la Fuente-Núñez, Ella Cohn-Schwartz, Senjooti Roy y Liat Ayalon.

Contribuições adicionais

Análises rápidas e apoio geral à pesquisa foram prestados por Gesa Sophia Borgeest (sobre as interseções entre o idadismo e outros "-ismos") e por Laura Campo Tena (sobre campanhas para reduzir o idadismo contra jovens, a COVID-19 e o idadismo, o impacto do idadismo sobre o bem-estar das pessoas idosas e as estratégias de mitigação do idadismo). Liat Ayalon, Jane Barratt, Nena Georgantzi, Estelle Huchet e Karl Pillemer elaboraram o Quadro 2.1 sobre o idadismo e a COVID-19. A análise de dados sobre a prevalência do idadismo interpessoal contra as pessoas idosas foi fornecida por Jotheeswaran Amuthavalli Thiyagarajan. Michael Herrmann forneceu uma análise do idadismo e as estatísticas correspondentes. Informações sobre recursos jurídicos, políticas e processos correlatos foram fornecidas por Julia Ferre e Nena Georgantzi. Fotos e testemunhos foram fornecidos pela HelpAge International e pelo Grupo Principal das Nações Unidas para a Infância e a Juventude, coordenados por Jemma Stovell e por Aashish Khullar e Lucy Fagan, respectivamente.

Pareceristas

Este relatório foi submetido à revisão por pares, realizada por Amal Abou Rafeh, Jotheeswaran Amuthavalli Thiyagarajan, Louise Ansari, Ashton Applewhite, Alanna Armitage, Liat Ayalon, Anshu

Banerjee, Jane Barratt, Françoise Bigirimana, David Burnes, George-Konstantinos Charonis, Harsh Chauhan, Silvia Gascon, Vitalija Gaucaite Wittich, Nena Georgantzi, Regina Guthold, Rio Hada, Manfred Huber, Alex Kalache, Nancy Kidula, Marlene Krasovitsky, April Siwon Lee, Becca R. Levy, Ramez Khairi Mahaini, Mary Manandhar, Sibila Marques, Patricia Morsch, Innocent Bright Nuwagira, Hiromasa Okayasu, Martha Pelaez, Silvia Perel Levin, Cassandra Phoenix, Karl Pillemer, Ritu Sadana, Saliyou Sanni, Dorothea Schmidt, Yi Wen Shao, Elisha Sibale, Briget Sleaf, Jemma Sovell, Julie Steffler, Yuka Sumi, Tran Bich Thuy, Enrique Vega e Kazuki Yamada.

CONFLITOS DE INTERESSES

Nenhum dos especialistas envolvidos no desenvolvimento deste relatório declarou qualquer conflito de interesses.

ABREVIATURAS

COVID-19	Doença pelo novo coronavírus de 2019 (SARS-CoV-2)
DST	Doenças sexualmente transmissíveis
EPIEC	Educação positiva sobre o envelhecimento e experiências de contato
GRADE	Classificação da análise, desenvolvimento e avaliação das recomendações (sigla em inglês)
MIPAA	Plano de Madri para a adoção internacional de medidas relativas ao envelhecimento
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PRISMA	Itens de notificação preferencial para revisões sistemáticas e metanálises

RESUMO EXECUTIVO

A idade é uma das primeiras coisas que percebemos nas outras pessoas. O idadismo surge quando a idade é usada para categorizar e dividir as pessoas de maneira a causar prejuízos, desvantagens e injustiças, e para arruinar a solidariedade entre as gerações. Durante o curso da vida, o idadismo assume diferentes formas. Por exemplo, um adolescente pode ser ridicularizado por iniciar um movimento político; tanto pessoas mais velhas como mais novas podem não ser chamadas para uma vaga de trabalho em função da idade que têm, ou uma pessoa idosa pode ser acusada de fazer bruxaria e ser expulsa de seu lar e sua aldeia.

O idadismo prejudica nossa saúde e nosso bem-estar e é uma grande barreira para que sejam sancionadas políticas eficazes e adotadas medidas que promovem o envelhecimento saudável, conforme reconhecem os Estados Membros da Organização Mundial da Saúde (OMS) na *Estratégia e plano de ação global sobre envelhecimento e saúde* e na *Década do Envelhecimento Saudável: 2021-2030*. Em resposta, foi solicitado à OMS que iniciasse, junto a seus parceiros, uma campanha mundial de combate ao idadismo.

Sendo assim, a OMS, o Alto Comissariado de Direitos Humanos, o Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais das Nações Unidas e o Fundo de População das Nações Unidas elaboraram o *Relatório mundial sobre o idadismo* para a campanha. Esse relatório se destina aos responsáveis pela elaboração de políticas, profissionais liberais, pesquisadores, organizações para o desenvolvimento, e membros do setor privado e da sociedade civil. Após definir a natureza do idadismo, o presente relatório resume as melhores evidências sobre a disseminação, os impactos e os fatores determinantes do idadismo, bem como as estratégias mais eficazes para reduzi-lo. A conclusão inclui três recomendações para ação, com base científica, visando a criar um mundo para todas as idades.

A NATUREZA DO IDADISMO

O idadismo se refere a estereótipos (como pensamos), preconceitos (como nos sentimos) e discriminação (como agimos) direcionadas às pessoas com base na idade que têm. O idadismo pode ser institucional, interpessoal ou contra si próprio. O idadismo institucional se refere às leis, regras, normas sociais, políticas e práticas institucionais que restringem injustamente as oportunidades e prejudicam sistematicamente indivíduos em função da idade deles. O idadismo interpessoal surge em interações entre dois ou mais indivíduos, enquanto o direcionado contra si próprio ocorre quando o idadismo é internalizado pela pessoa e usado contra ela mesma.

O idadismo começa na infância e é reforçado com o tempo. Desde a mais tenra idade, as crianças captam mensagens subentendidas emitidas pelas pessoas de seu círculo sobre os estereótipos e preconceitos de sua cultura, mensagens essas que são internalizadas em pouco tempo. Depois, as pessoas usam esses estereótipos para fazer inferências

e orientar seus sentimentos e comportamentos em direção a pessoas de diferentes idades e a si próprias.

O idadismo muitas vezes se cruza e interage com outras formas de estereótipos, preconceitos e discriminações, incluindo o capacitismo, o sexismo e o racismo. Os preconceitos múltiplos somados pioram ainda mais os efeitos do idadismo sobre a saúde e o bem-estar dos indivíduos.

A ESCALA DO IDADISMO

O idadismo permeia muitas instituições e setores da sociedade, incluindo aqueles que prestam atenção de saúde e social, o local de trabalho, a mídia e o judiciário. O racionamento da assistência de saúde com base na idade é generalizado, e as pessoas idosas tendem a ser excluídas das pesquisas e de iniciativas de coleta de dados. Pessoas idosas e jovens são frequentemente desfavorecidas no local de trabalho. As pessoas ficam mais indignadas por crimes cometidos por agressores jovens, e veem esses crimes como transgressões mais graves. O idadismo também dita a forma como as estatísticas e os dados – usados para elaborar políticas – são coletados.

Em escala mundial, de cada duas pessoas, uma é idadista contra as pessoas idosas. Na Europa, a única região para a qual temos dados, de cada três entrevistados, um afirma ter sido vítima de idadismo, e os mais jovens relatam perceber maior discriminação por idade que outras faixas etárias.

O IMPACTO DO IDADISMO

O idadismo tem consequências graves e de longo alcance para a saúde, o bem-estar e os direitos humanos da população. Para pessoas idosas, o idadismo está associado a uma menor expectativa de vida, pior saúde física e mental, recuperação mais lenta de incapacidade e declínio cognitivo. O idadismo piora a qualidade de vida das pessoas idosas, aumenta seu isolamento social e sua solidão (ambos os fatores estão associados a graves problemas de saúde), restringe sua capacidade de expressar sua sexualidade e pode aumentar o risco de violência e abuso contra as pessoas idosas. O idadismo também pode reduzir o compromisso dos mais jovens com a organização na qual trabalham.

No caso dos indivíduos, o idadismo contribui para a pobreza e a insegurança financeira em idades mais avançadas, e uma estimativa recente indica que o idadismo custa bilhões de dólares à sociedade.

OS DETERMINANTES DO IDADISMO

Os fatores que aumentam o risco de incorrer em idadismo são: ser jovem, do sexo masculino, ansioso em relação à morte e ter menor grau de instrução. Os fatores que reduzem o risco de incorrer em idadismo, tanto contra pessoas mais jovens como mais velhas, estão relacionados a determinados traços de personalidade e a maior contato intergeracional.

Os fatores que aumentam o risco de as pessoas serem vítimas de idadismo são: ter mais idade, ser dependente de cuidados, ter uma expectativa de vida saudável menor no país, e trabalhar em certas profissões ou em determinados setores ocupacionais, como no setor de alta tecnologia ou hoteleiro. Um fator que aumenta o risco de ser alvo de idadismo contra jovens é ser do sexo feminino.

TRÊS ESTRATÉGIAS PARA REDUZIR O IDADISMO

Ficou demonstrado que há três estratégias que funcionam para reduzir o idadismo: políticas e leis, atividades educativas e intervenções de contato intergeracional.

- **Estratégia 1: Políticas e leis.** Políticas e leis podem ser usadas para reduzir o idadismo em relação a qualquer faixa etária. Podem incluir, por exemplo, políticas e legislação que abordem a discriminação e a desigualdade por idade, bem como leis de direitos humanos. O fortalecimento das políticas e leis que visam ao idadismo pode ser conseguido por meio da adoção de novos instrumentos nos níveis local, nacional ou internacional e da modificação dos instrumentos existentes que permitem a discriminação por idade. Essa estratégia requer mecanismos de imposição e órgãos de monitoramento nos níveis nacional e internacional para assegurar a implementação efetiva das políticas e leis que abordem a discriminação, a desigualdade e os direitos humanos.
- **Estratégia 2: Intervenções educacionais.** As intervenções educacionais para reduzir o idadismo devem ser incluídas em todos os níveis e tipos de formação, do primário à universidade, e em contextos educacionais formais e informais. As atividades educacionais ajudam a melhorar a empatia, dissipar conceitos errôneos sobre diferentes faixas etárias e reduzir o preconceito e a discriminação ao fornecerem informações corretas e exemplos que combatam os estereótipos.
- **Estratégia 3: Intervenções de contato intergeracional.** Deve-se também investir em intervenções de contato intergeracional que visem a fomentar a interação entre pessoas de diferentes gerações. Tal contato pode reduzir o preconceito entre grupos e os estereótipos. As intervenções de contato intergeracional estão entre as mais eficazes para reduzir o preconceito contra as pessoas idosas, e também se mostram promissoras na redução do preconceito contra os jovens.

TRÊS RECOMENDAÇÕES DE AÇÃO

Essas recomendações visam a ajudar as partes interessadas na redução do idadismo. Implementar essas recomendações requer compromisso político, participação de diferentes setores e atores, e adaptações específicas para os diferentes contextos. Quando possível, devem ser implementadas conjuntamente para maximizar o seu impacto no idadismo.

- **Recomendação 1: Investir em estratégias com base científica para prevenir e combater o idadismo.** Deve ser dada prioridade às três estratégias sustentadas

pelas melhores evidências científicas: aprovação de políticas, adoção de leis e implementação de intervenções educacionais e de contato intergeracional. Para que haja impacto no nível das populações, essas estratégias precisam ser ampliadas. Onde tais intervenções não tenham sido anteriormente implementadas, é preciso adaptá-las e testá-las e, em seguida, expandir sua implementação assim que seu funcionamento tenha evidência demonstrada no novo contexto.

- **Recomendação 2: Melhorar os dados e as pesquisas para compreender melhor o idadismo e como reduzi-lo.** Melhorar nossa compreensão de todos os aspectos do idadismo - a escala, os impactos e os fatores determinantes - é um pré-requisito para reduzir o idadismo que atinge tanto os jovens como as pessoas idosas. Deve-se coletar dados dos países, principalmente os de renda baixa e média, usando escalas validadas e confiáveis de mensuração do idadismo. Mas a principal prioridade deve ser a elaboração de estratégias para reduzi-lo. A base de evidências para determinar a eficácia das estratégias está em crescimento, mas ainda está muito aquém do que se necessita. As estratégias existentes devem ser otimizadas, seus custos e a relação custo-benefício precisa ser calculada, e apenas então devem ser disseminadas. Estratégias promissoras, como campanhas para reduzir o idadismo, precisam ser aprimoradas e avaliadas.
- **Recomendação 3: Construir um movimento para mudar o discurso em torno da idade e do envelhecimento.** Todos nós temos um papel a desempenhar no desafio e na eliminação do idadismo. Governos, organizações da sociedade civil, agências da ONU, organizações para o desenvolvimento, instituições acadêmicas e de pesquisa, empresas e pessoas de todas as idades podem se juntar ao movimento para reduzir o idadismo. Se unindo uns aos outros como uma ampla coalizão, podemos melhorar a colaboração e a comunicação entre as diferentes partes interessadas envolvidas no combate ao idadismo.

CONCLUSÕES

Chegou a hora de dizer não ao idadismo. Este *Relatório mundial sobre o idadismo* descreve como combatê-lo e, conseqüentemente, como contribuir para melhorar a saúde, aumentar as oportunidades, reduzir os custos e permitir que as pessoas prosperem em qualquer idade.

Se os governos, as agências das Nações Unidas, as organizações de desenvolvimento, as organizações da sociedade civil e as instituições acadêmicas e de pesquisa implementarem estratégias efetivas e investirem em mais pesquisas, e as comunidades se unirem ao movimento e desafiarem o idadismo em todas as instâncias, juntos podemos criar um mundo para todas as idades.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um processo natural e ocorre durante toda a vida; apesar de ser universal, não é uniforme. A forma como envelhecemos depende das relações que mantemos com os ambientes social e físico ao longo de nossas vidas. Além, disso varia segundo as características pessoais do indivíduo, incluindo da família na qual nascemos, nosso sexo e nosso grupo étnico (1). Quanto mais tempo vivemos, mais diferentes nos tornamos, o que torna a diversidade a marca que distingue a idade mais avançada.

Nossa aparência externa reflete o número de anos que vivemos. Mas o que é considerado jovem ou velho depende em parte de contexto, da finalidade e da cultura. Aos 18 você pode ser considerado velho demais para aprender ginástica de solo, mas jovem demais para disputar um alto cargo político. Entre as culturas, há também variações entre a definição de pessoa idosa, de meia-idade e jovem. Há um século, na Europa ocidental e na América do Norte, a velhice começava muito antes do que atualmente.

A maneira como cada um pensa, sente-se e age em relação à idade e ao envelhecimento - ao nosso próprio e ao dos outros ou pode ajudar-nos a prosperar ou pode limitar as vidas que vivemos e cercear as liberdades das quais desfrutamos. Quando tendências relacionadas com a idade permeiam nossas instituições (p. ex., jurídicas, de saúde, educacionais), pode-se verificar o surgimento e a perpetuação de disparidades entre grupos, de maneira que mudanças apenas no nível individual não abordem a questão do idadismo, assim como têm mostrado as pesquisas sobre o sexismo (2) e o racismo (3).

Quadro 0.1

O termo idadismo

O termo idadismo, ou etarismo (em *inglês*, *ageism*), foi cunhado em 1969 por Robert Butler, um gerontólogo americano que foi o primeiro diretor do Instituto Nacional do Envelhecimento nos Estados Unidos. Apesar de o idadismo existir há séculos, em todos os países, contextos e culturas, o conceito é relativamente novo e ainda não existe em todos os idiomas. Isto pode dificultar a conscientização sobre esse fenômeno social e a promoção de mudanças. Os idiomas que carecem de um termo específico para o idadismo tendem a usar um termo substituto, como *Altersdiskriminierung*, no alemão, que capta apenas a dimensão da discriminação. Outros idiomas que têm um termo específico, como o espanhol (*edadismo* ou *edaismo*) e o francês (*âgisme*), só agora estão começando a usá-lo mais amplamente. Identificar um termo para o idadismo em todos os idiomas seria uma maneira de começar a conscientizar e promover mudanças em todos os países. Apesar de o idadismo incluir todo e qualquer estereótipo, preconceito e discriminação com base na idade, outros termos também têm sido usados para indicar o idadismo contra crianças e jovens, inclusive os conceitos de adultismo (4-6) e criancismo (7, 8). O idadismo será o único termo usado neste relatório para se referir a estereótipos, preconceitos e discriminação relacionados com a idade.

Idadismo se refere aos estereótipos, aos preconceitos e à discriminação com base na idade dirigidos a outros ou a si mesmo. O idadismo afeta pessoas de todas as idades e será o único termo usado neste relatório para se referir aos estereótipos, aos preconceitos e à discriminação com base na idade (ver [Quadro 0.1](#)).

O idadismo é prevalente, profundamente arraigado e mais socialmente aceito que outras formas de vieses. O idadismo é muitas vezes visto como jocoso ou, na pior das hipóteses, inofensivo. As pessoas não percebem a maneira como a idade e o envelhecimento são apresentados (p. ex., "ficar esclerosado", a "onda grisalha", o problema do envelhecimento da população, "os jovens pensam que sabem tudo"), e o linguajar usado (ver [Quadro 0.2](#)) perpetua concepções errôneas e influencia as políticas que desenvolvemos e a oportunidades criamos - ou que deixamos de criar. Como mostra este relatório, o idadismo pode mudar a forma como vemos a nós mesmos, instigar uma geração contra a outra, limitar nossa capacidade de nos beneficiarmos das contribuições feitas por populações mais jovens e mais velhas e reduzir oportunidades em termos de saúde, longevidade e bem-estar, ao mesmo tempo em que também cria amplas consequências econômicas.

Quadro 0.2

Linguajar

As palavras têm e transmitem significado, e podem alimentar concepções errôneas que podem induzir ao idadismo. Palavras como "velho ou nono" suscitam estereótipos de pessoas idosas como sendo universalmente frágeis e dependentes, e são frequentemente usados com sentido pejorativo. Similarmente, a palavra "jovem" suscita o estereótipo de pessoas mais novas como sendo imaturas. Este relatório usa uma terminologia neutra ao se referir a indivíduos e grupos, incluindo os termos pessoa de mais idade, pessoa mais jovem ou pessoas idosas, populações mais idosas e pessoas mais jovens.

POR QUE UM RELATÓRIO MUNDIAL SOBRE O IDADISMO?

A *Estratégia e plano de ação mundiais sobre o envelhecimento e a saúde (2016-2030)* (9) e a resolução relacionada da Assembleia Mundial da Saúde WHA69.3 (10) identificaram o combate ao idadismo como um pré-requisito para o desenvolvimento de boas políticas públicas sobre o envelhecimento com saúde e para melhorar o cotidiano das pessoas de mais idade. Em resposta, a Organização Mundial da Saúde (OMS) foi convocada a elaborar, juntamente com outros parceiros, uma campanha mundial de combate ao idadismo. No processo de elaboração da visão e dos princípios da Campanha Mundial de Combate ao Idadismo, ficou claro que para evitar danos, reduzir injustiças e fomentar a solidariedade intergeracional, é preciso reduzir o idadismo contra todas as idades.

Para evitar danos, reduzir injustiças e fomentar a solidariedade intergeracional, é preciso reduzir o idadismo contra todas as idades.

A *Década do Envelhecimento Saudável: 2021-2030*, que é um plano de ação para os 10 últimos anos tanto da *Estratégia e plano de ação mundiais sobre o envelhecimento e a saúde (2016-2030)* como da *Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável*, foi endossada em agosto de 2020 pela Assembleia Mundial da Saúde e, em dezembro de 2020, pela Assembleia Geral das Nações Unidas (11, 12, 13). O combate ao idadismo – ou seja, a mudança da forma como pensamos, sentimos e agimos em relação à idade e ao envelhecimento, em relação à nós mesmos e aos outros – é uma das quatro áreas de ação priorizadas pela *Década do Envelhecimento Saudável*. O combate ao idadismo é essencial também para conseguirmos avançar nas outras três áreas de ação: o desenvolvimento de comunidades de maneira a fomentar as capacidades das pessoas idosas, a prestação de atenção integrada e de serviços de atenção primária à saúde que atendam prontamente as necessidades das pessoas idosas e a concessão de atenção de longa duração às pessoas que necessitarem.

Como mostra este relatório, o idadismo pode mudar a forma como nos vemos, instigar uma geração contra outra, desvalorizar ou limitar nossa capacidade de nos beneficiarmos daquilo que as populações mais jovens e mais idosas podem contribuir e reduzir oportunidades de gozo da saúde, da longevidade e do bem-estar, ao mesmo tempo em que gera consequências econômicas de longo alcance.

Apesar de o idadismo ter sido identificado como um problema importante, há uma carência de informações científicas sobre esse assunto. Há pouco acordo sobre as definições e poucas informações internacionalmente comparáveis sobre a escala do problema, bem como falta de evidências sobre as estratégias que funcionam para reduzi-lo.

Este relatório, orientado aos formuladores de políticas, aos profissionais, aos pesquisadores, aos organismos de desenvolvimento, ao setor privado e à sociedade civil, compila as melhores evidências sobre o idadismo.

OBJETIVOS

Os temas centrais deste relatório são o pesado fardo que o idadismo impõe sobre os indivíduos e à sociedade e a necessidade urgente de serem adotadas medidas por parte dos governos, da sociedade civil, do setor privado e dos indivíduos de todas as idades.

Os objetivos do relatório são:

- aumentar conscientização sobre a natureza mundial, a escala, o impacto e os fatores determinantes do idadismo dirigidos tanto aos mais jovens como as pessoas idosas;
- chamar a atenção para a necessidade de prevenir o idadismo, promover e proteger a plena efetivação dos direitos humanos para todas as pessoas, e apresentar estratégias de intervenção eficazes;
- apelar em favor da adoção de medidas em todos os setores e por todos os interessados diretos.

O escopo do relatório sustenta essas metas, e o relatório está dividido em 10 capítulos. O primeiro define idadismo e explica de que forma ele opera tanto contra as pessoas mais jovens como contra as de mais idade. Há muito menos evidências sobre o idadismo contra pessoas mais jovens que contra pessoas idosas, e as evidências existentes são de má qualidade. Como consequência, o relatório apresenta separadamente informações sobre o idadismo em pessoas mais jovens e idosas. Os capítulos 2-4 estão relacionados exclusivamente com pessoas idosas e detalham a escala do problema (Capítulo 2), seu impacto (Capítulo 3) e os determinantes do idadismo (Capítulo 4). O quinto capítulo compila todas as evidências sobre a escala, o impacto e os determinantes do idadismo contra os mais jovens. Os três capítulos subsequentes (Capítulos 6-8) enfatizam as estratégias que funcionam para reduzir o idadismo contra as pessoas idosas e as pessoas mais jovens, incluindo as políticas, as leis, bem como as atividades educacionais e intergeracionais. O Capítulo 9 destaca estratégias promissoras, mas cuja eficácia não ainda não foi comprovada. Todos os capítulos explicam a estratégia relevante e como essa funciona, incluem um resumo das evidências sobre a eficácia, identificam os custos e os fatores que podem

tornar a estratégia mais eficaz, indicam onde tal evidência existe e citam exemplos. As evidências relevantes para as pessoas mais jovens estão apresentadas em quadros.

Dada a maneira como as pesquisas são realizadas (ver **Quadro 0.3**), todos os capítulos têm um quadro que avalia as evidências disponíveis e sugere oportunidades para pesquisas futuras. Todos os capítulos oferecem também conclusões e sugestões para o futuro, reunidas no Capítulo 10 para fornecer recomendações amplas sobre políticas e práticas.

Quadro 0.3

A importância da maneira como as pesquisas sobre o idadismo são realizadas

Nossa compreensão sobre o idadismo depende da maneira como a pesquisa sobre esse tema é conduzida e de como o problema é mensurado. Caso nossas definições e mensurações estejam incorretas, se a imagem que nossa pesquisa produzir sobre a escala e a distribuição bem como sobre os impulsionadores e os impactos do idadismo estiver errada, nossos esforços para reduzi-lo serão menos eficazes. É mais provável que estejamos desperdiçando tempo e dinheiro. E o idadismo que poderia ter sido evitado irá persistir, bem como as graves consequências mencionadas neste relatório.

Em todos os capítulos, a discussão sobre a pesquisa vem agregar, até certo ponto, ao conteúdo do capítulo anterior. Se a definição de idadismo (Capítulo 1) não estiver clara, sua mensuração não será exata e sua escala e distribuição (Capítulos 2 e 5) não poderão ser estabelecidas com confiança. Se o idadismo não puder ser medido com exatidão, será mais difícil definir seu impacto (Capítulos 3 e 5). Se os fatores determinantes do idadismo (Capítulos 4 e 5) não forem corretamente identificados, é pouco provável que as estratégias identificadas para o reduzir (Capítulos 6-9) sejam eficazes, por terem sido projetadas para visar esses determinantes. Além disso, sem medidas exatas, o efeito das estratégias sobre o idadismo não poderá ser avaliado com exatidão.

PROCESSO

A estrutura conceitual para o idadismo foi desenvolvida em colaboração com o núcleo que trabalha na Campanha Mundial de Combate ao Idadismo. De acordo com essa estrutura, foram adotadas várias medidas para compilar ou colecionar evidências para informar este relatório, inclusive:

- uma análise da prevalência mundial do idadismo dirigido às pessoas idosas, definidas amplamente como pessoas de 50 anos de idade ou mais;
- uma série de revisões sistemáticas de pesquisas sobre o idadismo contra pessoas idosas em inglês, francês e espanhol, realizada por especialistas que analisaram quais são os determinantes, quais foram os impactos sobre a saúde, as estratégias de intervenção e as mensurações;
- uma revisão de escopo sobre o idadismo dirigido aos mais jovens, que incluiu evidências em pessoas menores de 50 anos coletadas da literatura publicada e com revisão por pares em inglês, espanhol e francês;
- buscas dirigidas para identificar outras formas de evidências quantitativas e qualitativas publicadas, conduzidas em resposta às lacunas identificadas na pesquisa, inclusive sobre o idadismo nos países de baixa e média renda, o idadismo voltado às pessoas mais jovens e o cruzamento entre o idadismo e outros "-ismos";
- testemunhos pessoais de pessoas mais jovens e de mais idade.

Apesar de haver muitas percepções e opiniões sobre a escala, o impacto e os fatores determinantes do idadismo, bem como sobre as estratégias mais eficazes para reduzi-lo, este

Este Relatório mundial sobre o idadismo define os passos necessários para combater o idadismo e, portanto, contribui para melhorar a saúde, aumentar as oportunidades, reduzir custos e permitir que as pessoas prosperem, independentemente da idade.

relatório fez todo o possível para embasar suas constatações em evidências sólidas. Ao decidir sobre quais evidências relatar, as constatações resultantes das revisões sistemáticas - que visam identificar, avaliar e resumir rigorosamente os resultados de todos os estudos individuais relevantes sobre o tema - têm recebido prioridade maior que os estudos individuais. Nos casos de ausência de evidências, o relatório chama a atenção para isso e clama para que as lacunas sejam preenchidas. As pesquisas sobre o idadismo, assim como cerca de 90% das pesquisas sobre psicologia e saúde, são realizadas predominantemente em países de alta renda, que representam aproximadamente 15% da população mundial.

Prevê-se que as considerações sobre as política e práticas esboçadas neste relatório sejam analisadas periodicamente e revisadas pelo Departamento de Determinantes Sociais da Saúde, da OMS, em colaboração com parceiros.

O FUTURO

Este *Relatório mundial sobre o idadismo* define os passos necessários para combater o idadismo e, assim, contribuir para melhorar a saúde, aumentar as oportunidades, reduzir os custos e permitir que as pessoas prosperem em qualquer idade. A aspiração das pessoas que contribuíram para este relatório é que ele resulte em medidas concretas a serem adotadas por todos os interessados diretos, em todos os níveis e em todos os setores, e que essas ações promovam o desenvolvimento socioeconômico, o avanço na área de direitos humanos em todo o mundo e o desenvolvimento de um mundo para todas as idades.

REFERÊNCIAS

1. WInforme mundial sobre el envejecimiento y la salud. Ginebra: Organización Mundial da Saúde; 2015 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/186466>, consultado em 13 de outubro de 2020).
2. Ochoa Garza MK, Feagin JR. Sexism. In: Ritzer G, Rojek C, editors. The Blackwell Encyclopedia of Sociology. Hoboken (NJ): Wiley; 2019. <https://doi.org/10.1002/9781405165518.wbeoss084.pub2>.
3. Feagin JR. 2006. Systemic racism: a theory of oppression. Nova Iorque: Routledge; 2006.
4. Bell J. Understanding adultism: a major obstacle to developing positive youth-adult relationships. Somerville (MA): YouthBuild USA; 1995 (https://actioncivics.scoe.net/pdf/Understanding_Adultism.pdf, consultado em 12 de outubro de 2020).
5. Ceaser D. Unlearning adultism at Green Shoots: a reflexive ethnographic analysis of age inequality within an environmental education programme. Ethnogr Educ. 2014;9:167–81.
6. Kennedy D. The well of being: childhood, subjectivity, and education. Nova Iorque: SUNY Press; 2012.
7. Pierce CM, Allen GB. Childism. Psychiatr Ann. 1975;5:15-24.
8. <https://doi.org/10.3928/0048-5713-19750701-04>.
9. Young-Bruehl E. Childism: confronting prejudice against children. New Haven (CT): Yale University Press; 2012.
10. Global strategy and action plan on ageing and health. Ginebra: Organização Mundial da Saúde; 2017 (<https://www.who.int/ageing/WHO-GSAP-2017.pdf?ua=1>, consultado em 27 de outubro de 2020).
11. Resolution WHA69.3. Estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud 2016-2020: hacia un mundo en el que todas las personas puedan vivir una vida prolongada y sana. In: 69.ª Asamblea Mundial de la Salud, Ginebra, 28 de maio de 2016. Resolutions and decisions, annexes. Ginebra: Organização Mundial da Saúde; 2016 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/253189/A69_R3-sp.pdf, consultado em 12 de outubro de 2020).
12. WHA73(12). Decenio del Envejecimiento Saludable 2020-2030. In: 73.ª Asamblea Mundial de la Salud, Ginebra, 28 de maio de 2016. Punto 15.1 del orden del día Ginebra: Organización Mundial da Saúde; 2020 (https://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/70/L.1&Lang=S, consultado em 12 de outubro de 2020).
13. Resolución A/RES/70/1. Transformar nuestro mundo: la agenda 2030 para el desarrollo sostenible. In: Septuagésimo período de sesiones, 21 de outubro de 2015. Nova Iorque: Nações Unidas; 2015 (<https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld>, consultado em 12 de outubro de 2020).
14. Resolución A/75/L.47 Naciones Unidas Decenio de las Naciones unidas del Envejecimiento Saludable (2021-2030). In: Septuagésimo quinto período de sesiones, 8 de dezembro de 2020. Nova Iorque: Nações Unidas; 2020 (<https://undocs.org/es/A/75/L.47>, consultado em 14 de dezembro de 2020).



FERNANDO,
64, ESTADO
PLURINACIONAL
DA BOLÍVIA

SAUMYA, 24,
ÍNDIA

01

A NATUREZA DO IDADISMO

“ A discriminação contra pessoas idosas é uma questão grave. Há sete anos fiquei viúvo, e desde que minha esposa morreu, as pessoas, minha própria família, têm discriminado contra mim por ser idoso e viúvo. Meus irmãos, meu sogro já não me escutam. Eles ignoram o que eu digo, e isso dói. Alguns de meus filhos me apoiam, dizem para eu não ligar, mas é triste quando a discriminação vem da própria família. ”

Fernando, 64 años,
Estado Plurinacional da Bolívia
©Sebastian Ormachea/HelpAge International

“ Os jovens são discriminados com base em sua idade e frequentemente são excluídos dos espaços de tomada de decisão. Muitas vezes, a presença e a voz deles é incluída apenas como uma formalidade, mas suas recomendações não são implementadas. Os jovens entre 18 e 29 anos são considerados ou os autores da violência, a quem precisamos deter, ou as vítimas, que precisam receber apoio. Mas, na verdade, os jovens são pacificadores e agentes de construção de uma paz positiva em suas comunidades. ”

Saumya, 24 años, Índia
©Saumya Aggarwal/Grupo Principal das Nações Unidas para Crianças e Jovens

O idadismo se refere a estereótipos (a maneira como pensamos), preconceitos (como sentimos) e a discriminação (como agimos), com base na idade, dirigidos a outros ou contra si mesmo.

O idadismo pode se manifestar no nível institucional ou interpessoal, e pode ser autodirigido (contra si próprio).

O idadismo pode ser implícito ou explícito, dependendo do nível de conscientização sobre nosso próprio viés.

O idadismo começa na infância e é reforçado com o tempo.

O idadismo cruza com outros “-ismos” e pode causar um acúmulo de desvantagens.

1.1 DEFINIÇÃO DE IDADISMO

A idade é uma das primeiras características -junto com sexo e raça - que notamos sobre outras pessoas quando interagimos com elas (ver **Quadro 1.1**) (3). O idadismo surge quando a idade é usada para categorizar e dividir as pessoas de maneiras que levam a perdas, desvantagens e injustiças, causando desgaste no relacionamento entre as gerações.

O idadismo toma muitas formas ao longo da vida. Imagine ser sistematicamente ignorado pelos colegas e chefes no local de trabalho, ser tratado com condescendência pela família em casa, ter negado um empréstimo no banco, ser insultado ou evitado nas ruas, ser acusado de fazer bruxaria, ter acesso negado à sua propriedade, terra ou a tratamento médico, tudo simplesmente em função da sua idade. Todos esses são exemplos de como o idadismo permeia nossas vidas, afetando desde os mais jovens aos mais idosos.

O idadismo é um fenômeno social multifacetado que a Organização Mundial da Saúde (OMS) define como estereótipo, preconceito e discriminação dirigida contra outros ou contra si mesmo com base na idade (9). O idadismo tem vários aspectos correlatos:

A idade e a etapa da vida são, em parte, determinadas socialmente

Apesar de a idade estar relacionada com processos biológicos, ela é também definida socialmente. Uma pessoa é considerada jovem ou idosa com base no contexto, na finalidade e na cultura (4-6). Aos 18 você pode ser considerado velho demais para se tornar um pianista profissional, mas jovem demais para treinar uma equipe profissional de futebol. Diferentes culturas definem a velhice, a meia-idade e a juventude de diferentes maneiras, bem como as normas e as expectativas para cada uma dessas etapas da vida, que podem mudar ao longo do tempo (7).

Os ambientes também definem a forma como envelhecemos. A soma de iniquidades – por exemplo, as relacionadas com sexo, grupo étnico e renda – determinam o acesso à assistência de saúde e à educação que recebemos ao longo da vida e influencia em nossa situação aos 50, 60, 70 ou 80 anos de idade. Grande parte das diferenças que vemos entre as pessoas idosas resulta do impacto cumulativo dessas iniquidades na saúde ao longo da vida (8).

- três dimensões - estereótipos (pensamentos), preconceitos (sentimentos) e discriminação (ações ou comportamentos) (Seção 1.1.1);
- três níveis de manifestação - institucional, interpessoal e contra si próprio (Seção 1.1.2);
- duas formas de expressão - explícito (consciente) e implícito (inconsciente) (Seção 1.1.3).

sobre as características dos membros de grupos sociais, e estereotipar é o processo de aplicar informações estereotípicas (10). Os estereótipos orientam nosso comportamento social e frequentemente determinam as informações que buscamos e recordamos (11-14).

No idadismo, os estereótipos que as pessoas têm sobre a idade podem orientar as inferências que fazem sobre outras pessoas com base na idade delas, incluindo sobre suas capacidades físicas e mentais, competências sociais e crenças políticas e religiosas. Essas inferências podem levar a generalizações excessivas que consideram que todas as pessoas de uma determinada faixa etária são iguais. Por exemplo, uma generalização excessiva e comum é a de que as pessoas idosas são frágeis, incompetentes e amistosas (15), ou que os adultos mais jovens são materialistas, preguiçosos e impacientes (16).

1.1.1 O idadismo como estereótipo, preconceito e discriminação

Cada uma das três dimensões do idadismo - o estereótipo, o preconceito e a discriminação - se relaciona com uma faculdade psicológica: pensamentos (estereótipos), sentimentos (preconceitos) e ações ou comportamentos (discriminação).

Os estereótipos são estruturas cognitivas que alojam nossas crenças e expectativas

Os estereótipos relacionados com a idade podem variar de positivos a negativos (17-19), mas, por serem por definição generalizações

Quadro 1.1

excessivas, ambos são inexatos e possivelmente prejudiciais. Alguns estereótipos de idade afetam múltiplas regiões e culturas (20, 21). Por exemplo, pessoas idosas tendem a ser estereotipadas como uma mistura de calorosas (positivo) e incompetentes (negativo) em diferentes países na Europa, Ásia e América do Sul e do Norte, enquanto os adultos mais jovens são estereotipados como altamente competentes (positivo) mas frios (negativo) (20, 22-24).

Outros estereótipos relacionados à idade tendem a variar segundo o contexto e a cultura (17, 21, 25-28). A Tabela 1.1 fornece um catálogo dos estereótipos identificados em diferentes ambientes institucionais mundo afora. Os estereótipos que predominam em uma dada situação dependem, em grande parte, da idade da pessoa que está sendo idadista (29) e do contexto, como, por exemplo, o local onde a pessoa mais idosa ou mais jovem se encontra (30, 31). Mudanças socioeconômicas e de valores dentro de uma sociedade podem levar os estereótipos a evoluir com o passar do tempo (32).

O preconceito é uma reação emocional ou um sentimento, positivo ou negativo, dirigido a uma pessoa com base no grupo ao qual parece pertencer (1, 52). O preconceito contribui para a criação ou manutenção de relações hierárquicas entre grupos (53). No caso do idadismo, o preconceito se dirige a um indivíduo ou grupo com base na percepção de sua idade.

Os sentimentos de pena ou de dó são duas formas comuns de preconceito contra as pessoas idosas (15) que geram um desejo de se excluir da companhia das pessoas idosas (54). Por sua vez, as pessoas mais novas podem provocar sentimentos de temor ou aversão, geralmente com base na presunção de que são delinquentes ou criminosos.

A discriminação consiste em ações, práticas ou políticas, aplicadas às pessoas devido às suas afiliações, percebidas ou reais, a alguns grupos socialmente proeminentes e que impõem alguma forma de desvantagem (discriminação negativa) ou vantagem (discriminação positiva) sobre elas (55).

Com relação ao idadismo, a discriminação está relacionada aos comportamentos - incluindo ações, práticas e políticas - que são dirigidas às pessoas com base na idade que têm. Os empresários que se recusam a permitir que uma pessoa conduza uma discussão por ser considerada muito jovem ou que não permitem a um empregado comparecer a uma sessão de treinamento por ser considerado muito velho para se beneficiar dessa oportunidade são exemplos, respectivamente, de discriminação negativa em direção a pessoas mais jovens e mais idosas. Exemplos de ações positivas incluem oferecer descontos a adultos mais jovens ou mais idosos que provavelmente não têm renda fixa.

Em suma, o idadismo envolve a forma como pensamos (estereótipos), no sentimos (preconceito) e agimos (discriminação) em relação a outros e a nós mesmos com base na idade (ver Fig. 1.1).

Este relatório se centra nas implicações negativas dos estereótipos, preconceito e discriminação baseados na idade, independentemente desses pensamentos, sentimentos ou ações serem vistos como positivos ou negativos.

1.1.2 Idadismo institucional, interpessoal e contra si próprio

O idadismo institucional remete às leis, regras, normas sociais, políticas e práticas institucionais que restringem injustamente as oportunidades e prejudicam sistematicamente indivíduos com base na idade (1,

Tabela 1.1. Catálogo de estereótipos identificados em diferentes ambientes institucionais e países

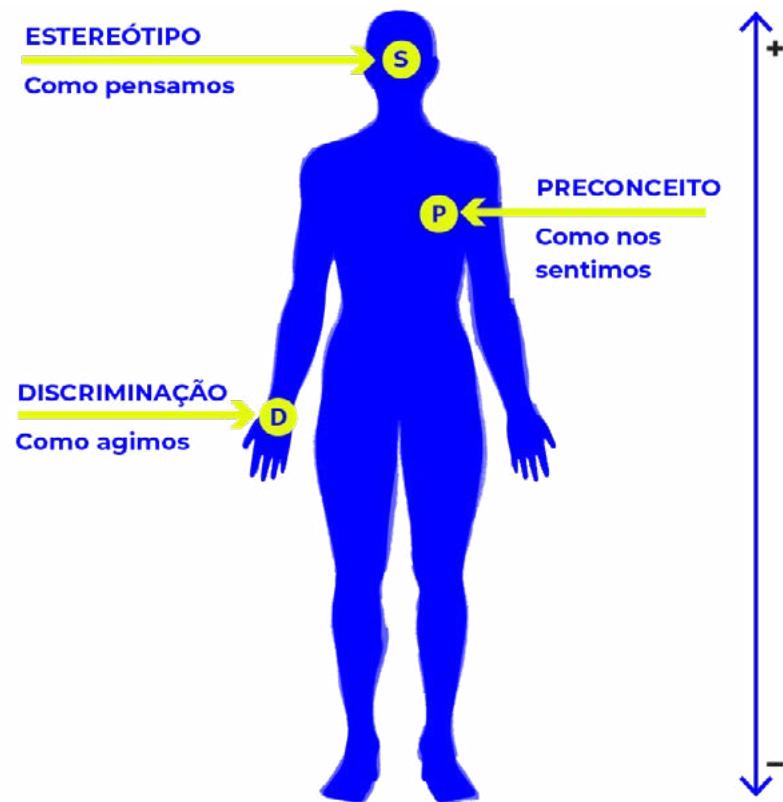
INSTITUIÇÃO OU SETOR	ESTEREÓTIPOS	
	OS JOVENS SÃO...	AS PESSOAS IDOSAS SÃO...
Saúde e assistência social^a		
POSITIVO	Saudáveis Fisicamente ativos Fortes e enérgicos	Calorosas Aprezíveis
NEGATIVO	Pessoas que gostam de assumir riscos Usuários de drogas Estressados e ansiosos	Rígidas Irritantes e frustrantes Solitárias e isoladas Frágeis e fracas Sexualmente inativas Facilmente confusas Deprimidas e deprimentes Exigentes de muita atenção Deficientes
Trabalho^b		
POSITIVO	Enérgicos Ambiciosos Conhecedores das tecnologias Trabalham duro (meia-idade)	Confiáveis Dedicadas Experientes Trabalhadoras Socialmente hábeis Boas mentores e líderes Capazes de lidar com mudanças
NEGATIVO	Narcisistas Desleais Acham que têm direito a tudo Preguiçosos Desmotivados Facilmente distraídos	Incompetentes ou improdutivas Desmotivadas Resistentes a mudanças Difíceis de treinar e incapazes de aprender Inflexíveis Tecnologicamente incompetentes
Mídia^c		
POSITIVO	Atraentes	Engajadas com a vida saudável Produtivas, independentes
NEGATIVO	Causadores de problemas Criminosos violentos	Pouco atraentes, infelizes Senis Mal vestidas e inativas Dependentes e insalubres Dependentes, pobres e vulneráveis Diabólicas

^a Para mais informações, veja as referências 16 e 33-40.

^b Para mais informações, veja as referências 16 e 41-48.

^c Para mais informações, veja as referências 32 e 49-51.

Fig. 1.1. As três dimensões do idadismo incluem estereótipos, preconceitos e a discriminação. Essas dimensões podem ser percebidas como positivas ou negativas



53, 56). Também está relacionado com as ideologias que as instituições fomentam para justificar seu idadismo.

Apesar de, no nível institucional, o idadismo ser possivelmente resultado de esforços conscientes e evidentes de indivíduos (neste caso se sobrepondo ao idadismo interpessoal), esse tipo de idadismo não requer necessariamente intenção ou consciência de viés contra pessoas mais jovens ou idosas. As pessoas frequentemente não reconhecem a existência de tal preconceito institucional, visto que as regras, normas e práticas da instituição são de longa data, tornaram-se rituais e são vistas como normais. Além disso, as ideologias institucionais - muitas vezes tácitas - oferecem justificativas para "a maneira como as coisas são feitas" (1, 53).

Portanto, apesar não ser sempre intencional, o idadismo institucional sempre pode legitimar a exclusão de pessoas do poder e da influência e reforçar uma estrutura de poder assimétrica baseada em idade e suposições associadas à idade (57).

Como o idadismo institucional - assim como o racismo ou sexismo institucional - nem sempre resulta de viés explícito por parte dos indivíduos, muitas vezes ele precisa ser inferido a partir das disparidades verificadas entre as faixas etárias. Por exemplo, na assistência à saúde, as decisões relativas à manutenção ou não da vida por meio de terapias (por exemplo, uso de ventiladores, realização de cirurgia ou de diálise) muitas vezes variam conforme a idade do indivíduo, contribuindo para diferentes resultados em

diferentes faixas etárias. Em retrospectiva, esses diferentes resultados podem ser atribuídos, pelo menos em parte, às leis, políticas ou práticas de uma instituição, que pode então ser considerada institucionalmente idadista.

Portanto, uma das principais considerações relativas ao idadismo não é tanto a intenção, mas os diferentes resultados obtidos (55, 57, 58).

Exemplos de idadismo institucional incluem:

- políticas no setor de saúde que permitem racionar a atenção dispensada *com base na idade* (59); e
- no setor trabalhista, práticas de contratação discriminatórias ou idades de aposentadoria obrigatória (42, 43, 60).

O idadismo interpessoal se refere ao que ocorre durante as interações entre dois ou mais indivíduos.

No idadismo interpessoal, é feita uma distinção entre o autor e o alvo do idadismo.

Exemplos de idadismo interpessoal incluem:

- adultos que desrespeitam ou são condescendentes com mais velhos e mais jovens, ignorando seus pontos de vista na tomada de decisões ou evitando contato e interações;
- o uso de um tom excessivamente complacente e de vocabulário e estrutura gramatical simples ao interagir com pessoas idosas (fala infantilizada). Esse tipo de fala, que parte da suposição que as pessoas idosas são menos capazes, infantiliza e aumenta a probabilidade de que outros os considerem como

incompetentes e incapazes, e que os tratem de maneira desrespeitosa e descortês (61, 62);

- insultar as pessoas idosas ao dizer que não têm valor em função da sua idade, ou as pessoas mais jovens, ao dizer que não pensam, são egoístas ou criminosas em função da idade que têm.

O idadismo contra si próprio se refere ao idadismo voltado contra a própria pessoa. As pessoas assimilam o viés com base na idade expressado pela cultura em seu entorno após permanecerem repetidamente expostas a essas ideias preconcebidas, e, então, aplicam estas tendências a si mesmas (63).

Exemplos de idadismo contra si próprio incluem:

- pessoas na faixa dos vinte anos que pensam serem jovens demais para um determinado emprego e podem relutar em disputar uma vaga;
- pessoas idosas que não acreditam ser possível aprender novas habilidades em etapas posteriores da vida, e hesitam em se matricular na universidade ou em se envolver em um novo hobby.

Os três níveis nos quais o idadismo se manifesta estão mutuamente entremeados e se reforçam entre si (ver Fig. 1.2).

As regras, normas e práticas institucionais idadistas, bem como as ideologias idadistas que essas fomentam, podem definir e ser definidas pelas atitudes dos indivíduos - que formam a base do idadismo interpessoal - membros dessas instituições e da sociedade como um todo.

Ao mesmo tempo, os idadismos institucional

e interpessoal podem ser assimilados e levar ao idadismo contra si próprio. Além disso, o idadismo autodirigido pode levar as pessoas a se conformarem aos estereótipos da sociedade, o que, por sua vez, reforça o idadismo interpessoal e institucional.

1.1.3 Idadismo explícito e implícito

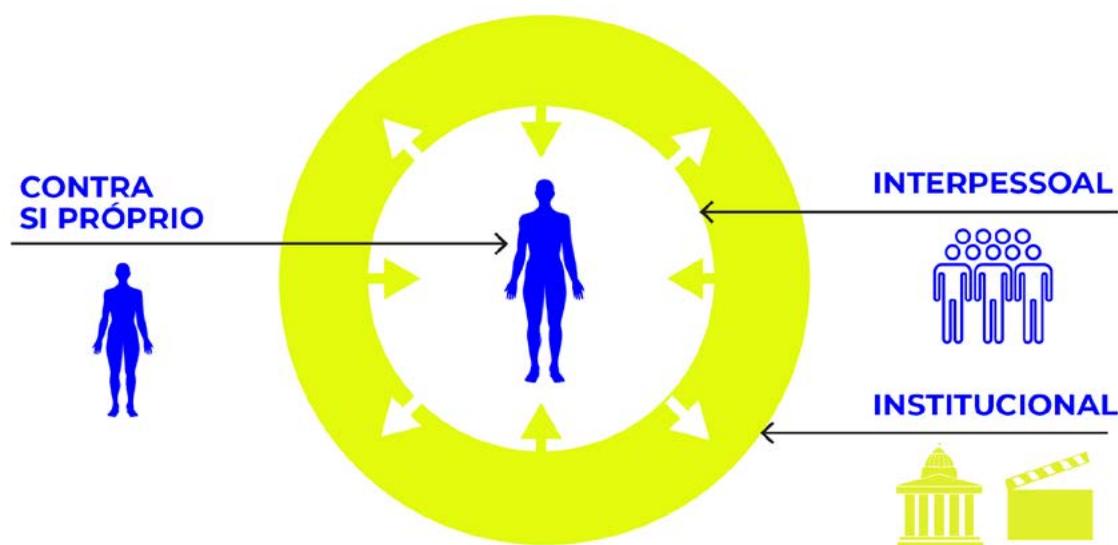
As pessoas podem nem sempre estar cientes de estarem sendo idadistas. O idadismo pode ser explícito ou implícito, dependendo do nível de conscientização ou percepção da pessoa que está sendo idadista. No idadismo explícito, os pensamentos, sentimentos e ações idadistas da pessoa voltados contra si ou contra outros são conscientes e intencionais - ou seja, ocorre quando a pessoa está consciente e em controle de si própria.

No entanto, no idadismo implícito, os pensamentos, sentimentos e ações em relação aos

outros ou a si mesmo ocorrem de maneira inconsciente e são em grande parte sem querer e fora do controle da pessoa (64). No idadismo implícito, os indivíduos não reconhecem os pensamentos, sentimentos e ações desencadeadas pelos estereótipos de idade, e podem racionalizar tal comportamento, atribuindo-o a outros fatores.

Por exemplo, em vez de os empresários reconhecerem que preferem contratar uma pessoa mais jovem, eles podem invocar a personalidade de um candidato mais velho ou a falta de um determinado treinamento. Quando as atitudes idadistas de uma cultura são assimiladas, o idadismo permeia as principais instituições, se torna tão rotineiro e padronizado que passa a não ser mais reconhecido pelos seus membros e se torna parte da estrutura subconsciente da sociedade, que pode ser expressa por meio do idadismo implícito (65).

Fig. 1.2. Os idadismos interpessoal, institucional e contra si próprio estão mutuamente entremeados e se reforçam entre si



1.2 COMO O IDADISMO SURGE E COMO FUNCIONA

1.2.1 Interações entre o estereótipo, o preconceito e a discriminação

Dado que os nossos pensamentos, sentimentos e ações influenciam uns aos outros, o relacionamento entre os estereótipos, o preconceito e a discriminação é multidirecional (ver Fig.1.3). Os estereótipos podem influir sobre o preconceito e a discriminação; a discriminação pode influir sobre os estereótipos e preconceito; e o preconceito pode influir sobre a discriminação e os estereótipos. Por exemplo, ficou demonstrado que o uso de termos como "elderly", em inglês, para se referir às pessoas idosas evoca estereótipos negativos de pessoas idosas como sendo frágeis e dependentes (66).

Um estudo determinou que adultos jovens com atitudes negativas em relação às pessoas idosas demonstravam menos compaixão e buscavam se distanciar deles em vez de demonstrar empatia para com eles (preconceito) (67). Outro estudo revelou que os empresários que tinham estereótipos negativos em relação aos empregados de mais idade eram também mais punitivos com eles (discriminação) (68).

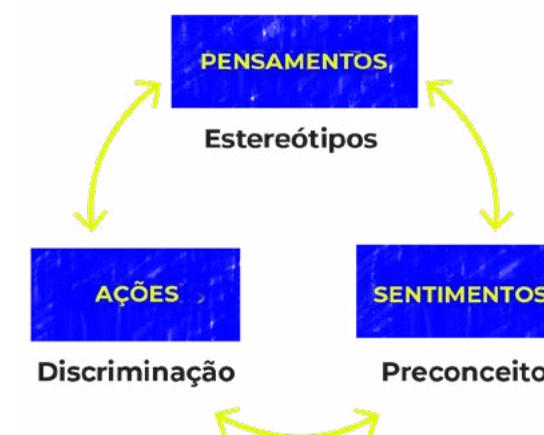
Essas relações entre o estereótipo, o preconceito e a discriminação não são automáticas. A mera ativação de um estereótipo não implica que as pessoas tenham inevitavelmente sentimentos negativos e que ajam de maneira discriminatória (69). Essas relações são influenciadas pelos contextos, inclusive pelas leis e pela cultura (70).

1.2.2 O idadismo começa cedo na infância e é reforçado com o passar do tempo

O idadismo começa na primeira infância. A partir dos 4 anos, as crianças começam a perceber os estereótipos de idade de sua cultura por meio de sinais que captam das pessoas ao seu redor (71, 72). Elas começam a assimilar e a usar esses estereótipos para fazer inferências e orientar seus sentimentos e comportamentos em relação a pessoas de diferentes idades (12, 73). Por exemplo, foram mostrados, a crianças na pré-escola e no primário, desenhos que ilustravam um homem em quatro etapas de vida, e dois terços das crianças viram o homem mais velho como "indefeso", incapaz de cuidar de si mesmo e geralmente passivo (63, 74).

Nós também usamos os estereótipos de idade de nossa cultura para entendermos a nós mesmos e para orientar nosso comportamento como membros de uma dada faixa etária, o que pode resultar em idadismo contra si mesmo em qualquer idade. Por exemplo, quando os indivíduos atingem a velhice, os estereótipos relacionados com o

Fig. 1.3. Nas relações multidirecionais, os estereótipos, o preconceito e a discriminação interagem e influenciam uns aos outros



envelhecimento, assimilados durante a infância e reforçados durante décadas, podem se tornar estereótipos aplicados a si próprio (63). De fato, as pesquisas revelam que as pessoas idosas expressam atitudes em relação à própria faixa etária que são tão negativas quanto as manifestadas pelas pessoas mais jovens em relação às mais idosas (75). Por exemplo, nos Estados Unidos houve uma probabilidade maior de que as pessoas idosas se opusessem aos programas federais que os beneficiava do que os mais jovens, e essa oposição era previsível com base nos estereótipos sobre o envelhecimento que as próprias pessoas idosas tinham (63).

O comportamento alinhado ao estereótipo também pode ser desencadeado por meio do que é conhecido por ameaça do estereótipo. A ameaça do estereótipo surge quando o desempenho das pessoas em relação a uma tarefa fica abaixo do esperado em função da preocupação sobre a confirmação de um estereótipo negativo sobre seu grupo (76, 77). Por exemplo, uma pessoa idosa pode ter pior desempenho em um exame de motorista ou em um exame cognitivo devido à ansiedade sobre a confirmação do estereótipo que diz que as pessoas idosas dirigem mal ou possuem reflexos mais lentos. Além disso, ao se comportarem de maneira consistente com o estereótipo, as pessoas idosas podem ajudar a reforçar atitudes predominantes, o que, por sua vez, pode reforçar ainda mais o preconceito e a discriminação contra a idade.

1.3 O IDADISMO E OUTROS "ISMOS"

Até certo ponto, o idadismo é diferente de outros "-ismos", como o racismo ou o sexismo. Enquanto outros "-ismos" envolvem o viés contra subpopulações relativamente estáveis que não variam no curso da vida, no

idadismo o viés é contra um alvo móvel. As pessoas pertencem a diferentes faixas etárias em diferentes momentos de suas vidas e, portanto, são mais ou menos propensas a perpetrarem ou serem alvo do idadismo em diferentes momentos. Outra diferença entre o idadismo e os outros "-ismos" é que todos estão sujeitos a ele. O idadismo também tende a ser mais aceito e menos questionado que outros "-ismos" (1, 78), e ficou provado que é mais generalizado que o sexismo e o racismo em 28 países na Europa (79).

O idadismo pode interagir com outras formas de vieses, como o sexismo e o capacitismo, e exacerbar desvantagens, o que por sua vez pode multiplicar o impacto que tem sobre a saúde e o bem-estar dos indivíduos (80-82). Um número crescente de estudos tem explorado as interações e os cruzamentos entre os diferentes "-ismos". O idadismo e o capacitismo e o idadismo e o sexismo são duas formas de interseção que foram estudadas em alguns detalhes.

1.3.1 O idadismo e o capacitismo

O capacitismo se refere aos estereótipos, aos preconceitos e à discriminação voltados contra os portadores de incapacidades ou pessoas vistas como tendo algum tipo de incapacidade. O idadismo e o capacitismo estão estreitamente entremeados de maneira que muitas vezes podem levá-los a reforçarem um ao outro (4).

Por exemplo, dado que os estereótipos comumente associados às pessoas de mais idade (isso é, são calorosos, porém incompetentes) são os mesmos associados aos portadores de incapacidades, eles podem reforçar um ao outro e impedir as pessoas de reconhecerem a diversidade encontrada entre as pessoas idosas com algum tipo de incapacidade (20). Além disso, frequente-

mente se presume que a incapacidade é a norma na população mais idosa (83, 84), o que pode advir do fato de que a maioria dos portadores de incapacidades serem pessoas idosas (85). Mesmo assim, isso não significa que a maioria das pessoas idosas viva com alguma forma de incapacidade. O discurso em torno do sucesso no envelhecimento, com ênfase sobre a manutenção da aptidão física e mental na velhice, pode reforçar ainda mais o idadismo e o capacitismo (86).

Nas pessoas mais jovens, a deficiência física talvez seja particularmente debilitante, uma vez que contraria as expectativas das pessoas com respeito à atividade, independência e aptidão física dos adultos jovens (87). Adultos mais jovens com alguma incapacidade podem ser tratados com desdém ou desrespeito por contrariarem a norma cultural da aptidão física, enquanto que seus pares mais idosos podem ser tratados com respaldo e empatia. Por exemplo, um estudo nos Estados Unidos determinou que o elo entre a incapacidade e a discriminação percebida é mais pronunciado entre os adultos em idade laboral que nas pessoas com 65 anos de idade ou mais (88).

Os portadores de incapacidades são também tratados como se fossem significativamente mais velhos ou mais novos que as pessoas da mesma idade sem incapacidade. Muitas vezes eles são considerados como pessoas de idade em uma situação estereotípica de declínio ou como uma criança com competência e autonomia limitadas (89). Ao mesmo tempo, há evidências de que programas, gastos e metas para os portadores de incapacidades diferem substancialmente entre as diferentes faixas etárias, sugerindo a existência de idadismo (90). Por exemplo, nos Estados Unidos, os gastos do governo por beneficiário da previdência são substancialmente maiores para os indivíduos mais novos com incapacidades, e as opções de atenção descartadas por es-

ses (por exemplo, assistência institucional) são muitas vezes consideradas aceitáveis para as pessoas idosas (90). Na Suécia, foi constatado que as políticas de incapacidade atendiam melhor às crianças e jovens adultos que aos portadores de incapacidades idosos (91). Isso seria particularmente problemático se considerássemos que as pessoas idosas estão desproporcionalmente representadas nas populações incapacitadas (85).

1.3.2 O idadismo e o sexismo

A pesquisa sobre o impacto combinado do sexismo e do idadismo na velhice chegou à conclusão de que são as mulheres mais idosas - comparadas com homens mais idosos, mais jovens e as mulheres mais jovens - que carregam o maior fardo relativo às múltiplas formas de discriminação.

O "idadismo segundo o gênero" foi cunhado para englobar o cruzamento entre a idade e o gênero, e se refere às diferenças do idadismo enfrentado pelas mulheres em relação aos homens (92, 93). Muitas vezes as mulheres se encontram em uma situação de duplo risco, nas quais as normas patriarcais e a preocupação com a juventude as levam a perder mais rapidamente seu status comparado com os homens (94). Este duplo risco também explica o motivo pelo qual a aparência física das mulheres idosas é julgada de maneira diferente da dos homens idosos (95-99). Homens com cabelos brancos e rugas são vistos como distintos, sábios e experientes, enquanto, em muitas culturas, nas mulheres, o cabelo grisalho e as rugas são considerados repulsivos. Além disso, as mulheres também enfrentam maior pressão que os homens para acobertar os sinais do envelhecimento por meio do uso de tinturas para cabelos e produtos contra o envelhecimento (100-102), e são alvo de uma indústria da beleza e antienvelhecimento cada vez maior (103).

Outras duas maneiras nas quais o cruzamento entre o idadismo e o sexismo se manifesta é por meio de acusações da bruxaria e discriminação dirigida a viúvas idosas. Em localidades da África subsaariana, acusações da bruxaria são generalizadas, sendo que as mulheres idosas são perseguidas e acusadas de causar má sorte, doenças ou a morte (104). Em muitos locais do mundo, as viúvas idosas são socialmente isoladas ou discriminadas. Por exemplo, lhes são negados direitos como o de herdar propriedades que partilharam com seus maridos (105, 106) (veja a Seção 2.2 do Capítulo 2).

A interação entre o idadismo e o sexismo pode se manifestar em muitas instituições. Por exemplo, na assistência à saúde, têm sido documentadas disparidades em relação ao acesso de mulheres idosas à atenção e a tratamentos preventivos. Diversos estudos realizados nos Estados Unidos têm relatado que, em geral, os homens idosos recebem exames médicos mais completos, maior acompanhamento e atenção médica com maior embasamento científico que as mulheres, e é mais provável que os homens recebam atenção preventiva que as mulheres (107-110).

No emprego, as desvantagens de ser muito jovem ou muito idosa impactam as mulheres mais que os homens. Isto indica que nessas faixas etárias, ser mulher intensifica o idadismo (60, 101), que tem efeito não só sobre a carreira da mulher como sobre a sua capacidade de ter acesso a uma aposentadoria quando idosa (92). Comparado com os homens idosos, de maneira geral as mulheres idosas têm menor tempo no mercado de trabalho, ganham menos e têm menor probabilidade de terem aposentadoria ou poupança substancial.

1.3.3 Outros “-ismos”

Embora a pesquisa tenha se centrado prin-

cipalmente nos cruzamentos do idadismo com o capacitismo e o sexismo, na verdade o número de intersecções pode ser igual ao número de formas de estereótipos, preconceitos e discriminações, inclusive com o racismo, o classismo, o heterossexismo, a homofobia e a transfobia.

Uma interseção importante que não tem sido suficientemente estudada é a que existe entre o idadismo e o racismo, mas esse campo de pesquisa vem crescendo. Por exemplo, no Canadá há evidências de que o estigma atua como uma barreira para mulheres jovens e negras que buscam serviços e apoio na área de saúde mental (111). Nos Estados Unidos havia uma maior probabilidade de as mulheres de grupos minoritários informarem receber mais tratamentos injustos com base na idade que outros entrevistados, inclusive mais que os homens brancos (112).

Outra interseção que vem sendo cada vez mais analisada é a do idadismo com o heterossexismo e a sexualidade (113-115). Um corpo crescente da pesquisa transcultural reconhece a importância de examinar de que forma a idade, o sexo e a sexualidade interagem e com outras formas de exclusão, inclusive aquelas com base no grupo étnico e na classe, para formar toda uma gama de desigualdades (ou oportunidades) para as pessoas na medida em que envelhecem. Estudos qualitativos revelaram que as lésbicas mais idosas relatam experiências frequentes de homofobia, heterossexismo e idadismo no sistema de saúde e noutros locais (116), e que os homens homossexuais negros e as mulheres lésbicas negras e mais idosas se sentem alienados da comunidade negra, ocultam deliberadamente sua identidade e orientação sexual e se sentem isolados (117). Esses resultados indicam que a forma como essas identidades são administradas pode impactar a maneira como um indivíduo se ajusta ao processo de envelhecimento.

O idadismo também pode interagir com outros “-ismos”, como o sexismo, o capacitismo e o racismo, e, portanto, exacerbar as desvantagens.

Apesar desses avanços, mais pesquisas são necessárias para analisar o cruzamento entre o idadismo e esses outros “-ismos” bem como entre o idadismo e as múltiplas e cumulativas formas de discriminação que eles produzem.

1.4 CONCLUSÕES E PERSPECTIVAS FUTURAS

Este capítulo descreveu o que é idadismo e mostrou como ele funciona. É aqui que está a base conceitual para o restante do relatório. O idadismo se refere aos estereótipos (como pensamos), aos preconceitos (como sentimos) e as discriminações (como atuamos) dirigidas às pessoas com base na idade que têm. Ele se manifesta em três níveis - no institucional, no interpessoal e contra si mesmo - e pode ser ou explícito ou implícito.

Estereótipos, preconceito e discriminação baseados na idade interagem e se reforçam mutuamente. O idadismo tende a ter início na infância e a ser reforçado com o passar do tempo por meio das interações entre os indivíduos e seus ambientes sociais. O idadismo também pode interagir com outros “-ismos”, como o sexismo, o capacitismo e o racismo, e, portanto, exacerbar as desvantagens.

A definição de idadismo proposta neste relatório é resultante de um processo cuidadoso de décadas de duração, e desfruta de um

consenso considerável entre os pesquisadores do assunto.

No futuro, as prioridades para compreender a natureza do idadismo devem incluir:

- a promoção do uso da definição proposta neste relatório para possibilitar comparações transculturais de pesquisa e práticas;
- a melhoria de nossa compreensão sobre a forma como diferentes idiomas e culturas se referem ao idadismo para melhorar a traduzibilidade;
- o aumento da conscientização de todos os principais interessados diretos sobre a definição do idadismo, especialmente nos países de renda baixa e média, para fomentar uma compreensão compartilhada da questão e estimular a adoção de medidas;
- mais pesquisas sobre as formas como o idadismo cruza com outros “-ismos” e que venham a ter implicações importantes para as ações adotadas no enfrentamento do idadismo e de outras formas de estereótipos, preconceitos e discriminações.

REFERÊNCIAS

1. Ilversen TN, Larsen L, Solem PE. A conceptual analysis of Ageism. *Nord Psychol.* 2009;61(3):4–22. <https://doi.org/10.1027/1901-2276.61.3.4>.
2. Ceaser D. Unlearning adultism at Green Shoots: a reflexive ethnographic analysis of age inequality within an environmental education programme. *Ethnogr Educ.* 2013;9(2):167–81. <https://doi.org/10.1080/17457823.2013.841083>.
3. North MS, Fiske ST. An inconvenienced youth? Ageism and its potential intergenerational roots. *Psychol Bull.* 2012;138(5):982–97. <https://doi.org/10.1037/a0027843>.
4. Overall C. Old age and ageism, impairment and ableism: exploring the conceptual and material connections. *NWSA J.* 2006;18(1):126–37. <https://doi.org/10.1353/nwsa.2006.0016>.
5. Togunu-Bickersteth F. Perception of old age among Yoruba aged. *J Comp Fam Stud.* 1988;19(1):113–22. <https://doi.org/10.3138/jcfs.19.1.113>.
6. Togunu-Bickersteth F. Chronological definitions and expectations of old age among young adults in Nigeria. *J Aging Stud.* 1987;1(2):113–24. [https://doi.org/10.1016/0890-4065\(87\)90002-8](https://doi.org/10.1016/0890-4065(87)90002-8).
7. Troyansky DG. *Aging in world history.* Londres: Routledge; 2015.
8. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/186466>, consultado el 28 de setiembre del 2020).
9. Officer A, de la Fuente-Núñez V. A Global campaign to combat ageism. *Bull World Health Organ.* 2018;96(4):295–6. <https://doi.org/10.2471/BLT.17.202424>.
10. Kite ME, Whitley BJ, directores. *Psychology of prejudice and discrimination.* Nueva York: Routledge; 2016.
11. Fiske ST. Stereotyping, prejudice, and discrimination. En: Gilbert DT, Fiske ST, Lindzey G, directores. *The handbook of social psychology, fourth edition.* Nueva York: McGraw-Hill; 1998:357–411.
12. Krings F, Sczesny S, Kluge A. Stereotypical inferences as mediators of age discrimination: the role of competence and warmth. *Br J Manag.* 2011;22(2):187–201. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8551.2010.00721.x>.
13. Wheeler SC, Petty RE. The effects of stereotype activation on behavior: a review of possible mechanisms. *Psychol Bull.* 2001;127(6):797–826. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.127.6.797>.
14. Amodio DM, Devine PG. Stereotyping and evaluation in implicit race bias: evidence for independent constructs and unique effects on behavior. *J Personal Soc Psychol.* 2006;91(4):652–61. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.91.4.652>.
15. Cuddy AJ, Fiske ST. Doddering but dear: process, content, and function in stereotyping of older persons. En: Nelson TD, director. *Ageism: stereotyping and prejudice against older persons.* Cambridge (MA): MIT Press; 2002:3–26.
16. Duffy B, Shrimpton H, Clemence M. *Millennial: myths and realities.* Paris: IPSOS Mori; 2016 (<https://www.ipsos.com/sites/default/files/2017-07/ipsos-mori-thinks-millennial-myths-and-realities.pdf>, consultado el 13 de octubre del 2020).
17. Hummert ML, Garstka TA, Shaner JL, Strahm S. Stereotypes of the elderly held by young, middle-aged, and elderly adults. *J Gerontol.* 1994;49(5):P240–9. <https://doi.org/10.1093/geronj/49.5.p240>.
18. Doddering but dear? Examining age-related stereotypes. Londres: Centre for Ageing Better; 2020 (<https://www.ageing-better.org.uk/sites/default/files/2020-03/Doddering-but-dear.pdf>, consultado el 13 de octubre del 2020).
19. Musaiger AO, D'Souza R, Al-Roomi K. Perception of aging and ageism among women in Qatar. *J Women Aging.* 2013;25(3):273–80. <https://doi.org/10.1080/08952841.2013.791602>.
20. Cuddy AJC, Norton MI, Fiske ST. This old stereotype: the pervasiveness and persistence of the elderly stereotype. *J Soc Issues.* 2005;61(2):267–85. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.2005.00405.x>.
21. Lockenhoff CE, De Fruyt F, Terracciano A, McCrae RR, De Bolle M, Costa PT Jr., et al. Perceptions of aging 26 cultures and their culture-level associates. *Psychol Aging.* 2009;24(4):941–54. <https://doi.org/10.1037/a0016901>.
22. Fiske ST, Cuddy AJC, Glick P, Xu J. A model of (often mixed) stereotype content: competence and warmth respectively follow from perceived status and competition. *J Personal Soc Psychol.* 2002;82(6):878–902. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.82.6.878>.
23. Cuddy AJ, Fiske ST, Kwan VS, Glick P, Demoulin S, Leyens JP, et al. Stereotype content model across cultures: towards universal similarities and some differences. *Br J Soc Psychol.* 2009;48(Pt 1):1–33. <https://doi.org/10.1348/014466608X314935>.
24. de Paula Couto MCP, Koller SH. Warmth and competence: stereotypes of the elderly among young adults and older persons in Brazil. *Int Perspect Psychol.* 2012;1(1):52–62. <https://doi.org/10.1037/a0027118>.
25. Bergman YS, Bodner E, Cohen-Fridel S. Cross-cultural ageism: ageism and attitudes toward aging among Jews and Arabs in Israel. *Int Psychogeriatr.* 2013;25(1):6–15. <https://doi.org/10.1017/S1041610212001548>.
26. North MS, Fiske ST. Modern attitudes toward older adults in the aging world: a cross-cultural meta-analysis. *Psychol Bull.* 2015;141(5):993–1021. <https://doi.org/10.1037/a0039469>.
27. Lagace M, Charmarkeh H, Grandena F. Cultural perceptions of aging: the perspective of Somali Canadians in Ottawa. *J Cross Cult Gerontol.* 2012;27(4):409–24. <https://doi.org/10.1007/s10823-012-9180-3>.
28. Intrieri RC, Kurth ML. Racial differences in attitudes toward aging, aging knowledge, and contact. *Educ Gerontol.* 2018;44(1):40–53. <https://doi.org/10.1080/03601277.2017.1388962>.
29. Hummert ML, Shaner JL, Garstka TA, Henry C. Communication with older adults – the influence of age stereotypes, context, and communicator age. *Hum Commun Res.* 1998;25(1):124–51. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2958.1998.tb00439.x>.
30. Kornadt AE, Rothermund K. Contexts of aging: assessing evaluative age stereotypes in different life domains. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2011;66(5):547–56. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbr036>.
31. Levy BR, Leifheit-Limson E. The stereotype-matching effect: greater influence on functioning when age stereotypes correspond to outcomes. *Psychol Aging.* 2009;24(1):230–3. <https://doi.org/10.1037/a0014563>.
32. Fayehun O, Adebayo K, Gbadamosi O. The media, informal learning and ageism in Ibadan, Nigeria. *Niger J Sociol Anthropol.* 2014;12(1):134–49. [https://doi.org/10.36108/njsa/4102/12\(0190\)](https://doi.org/10.36108/njsa/4102/12(0190)).
33. Higashi RT, Tillack AA, Steinman M, Harper M, Johnston CB. Elder care as "frustrating" and "boring": understanding the persistence of negative attitudes toward older patients

- among physicians-in-training. *J Aging Stud.* 2012;26(4):476–83. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2012.06.007>.
34. Greene MG, Adelman R, Charon R, Hoffman S. Ageism in the medical encounter: an exploratory study of the doctor–elderly patient relationship. *Lang Commun.* 1986;6(1-2):113–24. [https://doi.org/10.1016/0271-5309\(86\)90010-8](https://doi.org/10.1016/0271-5309(86)90010-8).
 35. Michielutte R, Diseker RA. Health care providers' perceptions of the elderly and level of interest in geriatrics as a specialty. *Gerontol Geriatr Educ.* 1984;5(2):65–85. https://doi.org/10.1300/j021v05n02_08.
 36. Reyes-Ortiz CA. Physicians must confront ageism. *Acad Med.* 1997;72(10):831. <https://doi.org/10.1097/00001888-199710000-00001>.
 37. Gomez-Moreno C, Verduzco-Aguirre H, Contreras-Garduno S, Perez-de-Acha A, Alcalde-Castro J, Chavarri-Guerra Y, et al. Perceptions of aging and ageism among Mexican physicians-in-training. *Clin Transl Oncol.* 2019;21(12):1730–5. <https://doi.org/10.1007/s12094-019-02107-w>.
 38. Marquet M, Missotten P, Schroyen S, Nindaba D, Adam S. Ageism in Belgium and Burundi: a comparative analysis. *Clin Interv Aging.* 2016;11:1129–39. <https://doi.org/10.2147/CIA.S105298>.
 39. Ozdemir O, Bilgili N. Attitudes of Turkish nursing students related to ageism. *J Nurs Res.* 2016;24(3):211–6. <https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000131>.
 40. Rush KL, Hickey S, Epp S, Janke R. Nurses' attitudes towards older people care: an integrative review. *J Clin Nurs.* 2017;26(23-24):4105–16. <https://doi.org/10.1111/jocn.13939>.
 41. Smeaton D, Parry J. Becoming an age-friendly employer: evidence report. Londres: Centre for Ageing Better; 2018 (<https://www.ageing-better.org.uk/sites/default/files/2018-09/Being-age-friendly-employer-evidence-report.pdf>, consultado el 13 de octubre del 2020).
 42. Bal AC, Reiss AE, Rudolph CW, Baltes BB. Examining positive and negative perceptions of older workers: a meta-analysis. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2011;66(6):687–8. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbr056>.
 43. Harris K, Krygsman S, Waschenko J, Laliberte Rudman D. Ageism and the older worker: a scoping review. *Gerontologist.* 2018;58(2):e1–14. <https://doi.org/10.1093/geront/gnw194>.
 44. Posthuma RA, Campion MA. Age stereotypes in the workplace: common stereotypes, moderators, and future research directions. *J Manag.* 2009;35(1):158–88. <https://doi.org/10.1177/0149206308318617>.
 45. Kluge A, Krings F. Attitudes toward older workers and human resource practices. *Swiss J Psychol.* 2008;67(1):61–4. <https://doi.org/10.1024/1421-0185.67.1.61>.
 46. Twenge JM. Generation me – revised and updated: why today's young Americans are more confident, assertive, entitled – and more miserable than ever before. Nueva York: Simon and Schuster; 2014.
 47. Finkelstein LM, Ryan KM, King EB. What do the young (old) people think of me? Content and accuracy of age-based metastereotypes. *Eur J Work Organ Psychol.* 2013;22(6):633–57. <https://doi.org/10.1080/1359432x.2012.673279>.
 48. Gibson KJ, Zerbe WJ, Franken RE. The influence of rater and ratee age on judgments of work-related attributes. *J Psychol.* 1993;127(3):271–80. <https://doi.org/10.1080/00223980.1993.9915561>.
 49. Makita M, Mas-Bleda A, Stuart E, Thelwall M. Ageing, old age and older adults: a social media analysis of dominant topics and discourses. *Ageing Soc.* 2019:1–26. <https://doi.org/10.1017/S0144686X19001016>.
 50. Loos E, Ivan L. Visual ageism in the media. En: Ayalon L, Tesch-Römer C, directores. *Contemporary perspectives on ageism.* Cham: Springer; 2018:163–76 (https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-319-73820-8_11, consultado el 13 de octubre del 2020).
 51. Griffin C. Representations of the young. En: Roche J, Tucker S, Flynn R, Thomson R, directores. *Youth in society: contemporary theory, policy and practice.* Londres: Sage; 2004:10–8.
 52. Stangor C, Jhangiani R, Tarry H. Principles of social psychology, first international edition. Vancouver (Canada): BC Campus Open Education 2017 (<https://opentextbc.ca/socialpsychology/>, consultado el de 13 de octubre del 2020).
 53. Dovidio JF, Hewstone M, Glick P, Esses VM. Prejudice, stereotyping and discrimination: theoretical and empirical overview. En: Dovidio JF, Hewstone M, Glick P, Esses VM, directores. *The Sage handbook of prejudice, stereotyping and discrimination.* Thousand Oaks (CA): Sage; 2010:3–28.
 54. Posthuma RA, Wagstaff MF, Campion MA. Age stereotypes and workplace age discrimination: a framework for future research. En: Hedge JW, Borman WC, directores. *The Oxford handbook of work and aging.* Oxford: Oxford University Press; 2012:298–312.
 55. Altman A. Discrimination. En: Zalta EN, director. *Stanford encyclopedia of philosophy* [página web]. Stanford (CA): Center for the Study of Language and Information, Stanford University; 2020 (<https://plato.stanford.edu/entries/discrimination/>, consultado el 20 de setiembre del 2020).
 56. Lloyd-Sherlock PG, Ebrahim S, McKee M, Prince MJ. Institutional ageism in global health policy. *BMJ.* 2016;354:i4514. <https://doi.org/10.1136/bmj.i4514>.
 57. Heikkinen S, Krekula C. Ålderism—ett fruktbart begrepp [edadismo: ¿un concepto útil?]. *Sociol forsk.* 2008;45:18–34 (en sueco) (<https://sociologiskforskning.se/sf/article/view/19233>, consultado el 13 de octubre del 2020).
 58. Berard TJ. The neglected social psychology of institutional racism. *Sociology Compass.* 2008;2(2):734–64. <https://doi.org/10.1111/j.1751-9020.2007.00089.x>.
 59. Ben-Harush A, Shiovitz-Ezra S, Doron I, Alon S, Leibovitz A, Golander H, et al. Ageism among physicians, nurses, and social workers: findings from a qualitative study. *Eur J Ageing.* 2017;14(1):39–48. <https://doi.org/10.1007/s10433-016-0389-9>.
 60. Duncan C, Loretto W. Never the right age? Gender and age-based discrimination in employment. *Gend Work Organ.* 2004;11(1):95–115. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0432.2004.00222.x>.
 61. Williams KN, Herman R, Gajewski B, Wilson K. Elderspeak communication: impact on dementia care. *Am J Alzheimers Dis Other Dement.* 2009;24(1):11–20. <https://doi.org/10.1177/1533317508318472>.
 62. Balsis S, Carpenter BD. Evaluations of elderspeak in a caregiving context. *Clin Gerontol.* 2006;29(1):79–96. https://doi.org/10.1300/J018v29n01_07.
 63. Levy BR. Mind matters: cognitive and physical effects of aging self-stereotypes. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2003;58(4):P203–11. <https://doi.org/10.1093/geronb/58.4.p203>.
 64. Levy BR, Banaji MR. Implicit ageism. En: Nelson TD, director. *Ageism: stereotyping and prejudice against older persons.* Cambridge (MA): MIT Press; 2004:49–75.
 65. Levy BR. Eradication of ageism requires addressing the enemy within. *Gerontologist.* 2001;41(5):578–9. <https://doi.org/10.1093/geront/41.5.578>.
 66. Finding the frame: an empirical approach to reframing aging and ageism. Washington (DC): Frameworks Institute; 2017 (<https://www.frameworksinstitute.org/publication/finding-the-frame-an-empirical-approach-to-reframing-aging-and-ageism/>, consultado el 13 de octubre del 2020).

67. Bergman YS, Bodner E. Ageist attitudes block young adults' ability for compassion toward incapacitated older adults. *Int Psychogeriatr.* 2015;27(9):1541–50. <https://doi.org/10.1017/S1041610215000198>.
68. Rupp DE, Vodanovich SJ, Crede M. Age bias in the workplace: the impact of ageism and causal attributions. *J Appl Soc Psychol.* 2006;36(6):1337–64. <https://doi.org/10.1111/j.0021-9029.2006.00062.x>.
69. Voss P, Bodner E, Rothermund K. Ageism: the relationship between age stereotypes and age discrimination. En: Ayalon L, Tesch-Römer C, directores. *Contemporary perspectives on ageism.* Cham: Springer; 2018:11–31 (https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-319-73820-8_2, consultado el 13 de octubre del 2020).
70. Dovidio JF, Brigham JC, Johnson BT, Gaertner SL. Stereotyping, prejudice, and discrimination: another look. En: Macrae CN, Stangor C, Hewstone M, directores. *Stereotypes and stereotyping.* Nueva York: Guilford; 1996:276–322.
71. Seefeldt C. Children's attitudes toward the elderly: a cross-cultural comparison. *Int J Aging Hum Dev.* 1984;19(4):319–28. <https://doi.org/10.2190/DFTB-2HCV-AHJW-6LFJ>.
72. Montepare JM, Zebrowitz LA. A social-developmental view of ageism. En: Nelson TD, director. *Ageism: stereotyping and prejudice against older persons.* Cambridge (MA): MIT Press; 2002:77–125.
73. Cuddy AJ, Fiske ST, Glick P. The BIAS map: behaviors from intergroup affect and stereotypes. *J Personal Soc Psychol.* 2007;92(4):631–48. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.92.4.631>.
74. Seefeldt C, Jantz RK, Galper A, Serock K. Using pictures to explore children's attitudes toward the elderly. *Gerontologist.* 1977;17(6):506–12. <https://doi.org/10.1093/geront/17.6.506>.
75. Nosek BA, Banaji MR, Greenwald AG. Harvesting implicit group attitudes and beliefs from a demonstration web site. *Group Dyn.* 2002;6(1):101–15. <https://doi.org/10.1037//1089-2699.6.1.101>.
76. Lamont RA, Swift HJ, Abrams D. A review and meta-analysis of age-based stereotype threat: negative stereotypes, not facts, do the damage. *Psychol Aging.* 2015;30(1):180–93. <https://doi.org/10.1037/a0038586>.
77. Steele CM. *Whistling Vivaldi: and other how stereotypes affect us and what we can do.* Nueva York: W.W Norton; 2010.
78. Palmore E. Ageism comes of age. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2015;70(6):873–5. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbv079>.
79. Ayalon L. Perceived age, gender, and racial/ethnic discrimination in Europe: results from the European Social Survey. *Educ Gerontol.* 2014;40(7):499–517 <https://doi.org/10.1080/03601277.2013.845490>.
80. Gayman MD, Barragan J. Multiple perceived reasons for major discrimination and depression. *Soc Mental Health.* 2013;3(3):203–20. <https://doi.org/10.1177/2156869313496438>.
81. Grollman EA. Multiple forms of perceived discrimination and health among adolescents and young adults. *J Health Soc Behav.* 2012;53(2):199–214. <https://doi.org/10.1177/0022146512444289>.
82. Grollman EA. Multiple disadvantaged statuses and health: the role of multiple forms of discrimination. *J Health Soc Behav.* 2014;55(1):3–19. <https://doi.org/10.1177/0022146514521215>.
83. Kelley-Moore JA, Schumacher JG, Kahana E, Kahana B. When do older adults become "disabled"? Social and health antecedents of perceived disability in a panel study of the oldest old. *J Health Soc Behav.* 2006;47(2):126–41. <https://doi.org/10.1177/002214650604700203>.
84. Taylor P, Morin R, Parker K, Cohn D, Wang W. *Growing old in America: expectations vs. reality.* Washington (DC): Pew Research Center; 2009 (<https://www.pewresearch.org/wp-content/uploads/sites/3/2010/10/Getting-Old-in-America.pdf>, consultado el 13 de octubre del 2020).
85. Informe mundial sobre la discapacidad 2011. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, Banco Mundial; 2011 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/75356>, consultado el 13 de octubre del 2020).
86. Gibbons HM. Compulsory youthfulness: intersections of ableism and ageism in "successful aging" discourses. *Rev. Disabil Stud.* 2016;12:1–19 (<http://hdl.handle.net/10125/58668>, consultado el 13 de octubre del 2020).
87. McPherson BD. Sociocultural perspectives on aging and physical activity. *J Aging Phys Act.* 1994;2(4):329–53. <https://doi.org/10.1123/japa.2.4.329>.
88. Namkung EH, Carr D. Perceived interpersonal and institutional discrimination among persons with disability in the U.S.: do patterns differ by age? *Soc Sci Med.* 2019;239:112521. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112521>.
89. Paterson K, Hughes B. Disability studies and phenomenology: the carnal politics of everyday life. *Disabil Soc.* 1999;14(5):597–610. <https://doi.org/10.1080/09687599925966>.
90. Kane RL, Priester R, Neumann D. Does disparity in the way disabled older adults are treated imply ageism? *Gerontologist.* 2007;47(3):271–9. <https://doi.org/10.1093/geront/47.3.271>.
91. Jönson H, Larsson AT. The exclusion of older people in disability activism and policies – a case of inadvertent ageism? *J Aging Stud.* 2009;23(1):69–77. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2007.09.001>.
92. Jyrkinen M. Women managers, careers and gendered ageism. *Scand J Manag.* 2014;30(2):175–85. <https://doi.org/10.1016/j.scaman.2013.07.002>.
93. Krekula C, Nikander P, Wilińska M. Multiple marginalizations based on age: gendered ageism and beyond. En: Ayalon L, Tesch-Römer C, directores. *Contemporary perspectives on ageism.* Cham: Springer; 2018:33–50 (https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-319-73820-8_3, consultado el 13 de octubre del 2020).
94. Barrett AE, Naiman-Sessions M. 'It's our turn to play': performance of girlhood as a collective response to gendered ageism. *Ageing Soc.* 2016;36(4):764–84. <https://doi.org/10.1017/S0144686x15000021>.
95. Deusch FM, Zalenski CM, Clark ME. Is there a double standard of aging? *J Appl Soc Psychol.* 1986;16(9):771–85. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.1986.tb01167.x>.
96. Sontag S. The double standard of aging. En: Pearsall M, director. *The other within us: feminist explorations of women and aging.* Nueva York: Routledge; 1997:19–24.
97. Musaiger AO, D'Souza R. Role of age and gender in the perception of aging: a community-based survey in Kuwait. *Arch Gerontol Geriatr.* 2009;48(1):50–7. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2007.10.002>.
98. Lincoln AE, Allen MP. Double jeopardy in Hollywood: age and gender in the careers of film actors, 1926–1999. *Sociol Forum.* 2004;19(4):611–31. <https://doi.org/10.1007/s11206-004-0698-1>.
99. Cruikshank M. *Learning to be old: gender, culture, and aging, third edition.* Lanham (MD): Rowman & Littlefield; 2013.
100. Dingman S, Otte MEM, Foster C. Cosmetic surgery: feminist perspectives. *Women Ther.* 2012;35(3-4):181–92. <https://doi.org/10.1080/02703149.2012.684536>.

101. Jyrkinen M, Mckie L. Gender, age and ageism: experiences of women managers in Finland and Scotland. *Work Employ Soc.* 2012;26(1):61–77. <https://doi.org/10.1177/0950017011426313>.
102. Clarke LH, Griffin M. Visible and invisible ageing: beauty work as a response to ageism. *Ageing Soc.* 2008;28(5):653–74. <https://doi.org/10.1017/S0144686x07007003>.
103. Calasanti T. Bodacious berry, potency wood and the aging monster: gender and age relations in anti-aging ads. *Soc Forces.* 2007;86(1):335–55. <https://doi.org/10.1353/sof.2007.0091>.
104. Eboiyehi FA. Convicted without evidence: elderly women and witchcraft accusations in contemporary Nigeria. *J Int Women's Stud.* 2017;18(4):247–65 (<https://vc.bridgew.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1976&context=jiws>, consultado el 13 de octubre del 2020).
105. Eboiyehi FA, Akinyemi AI. We are strangers in our homes: older widows and property inheritance among the Esan of South-South Nigeria. *Int J Ageing Dev Ctries.* 2016;1(2):90–112 (<https://www.inia.org.mt/wp-content/uploads/2017/01/1.2-4-Nigeria-90-to-112-Final.pdf>, consultado el 13 de octubre del 2020).
106. Kimani EN, Maina LW. Older women's rights to property and inheritance in Kenya: culture, policy, and disenfranchisement. *J Ethn Cult Divers Soc Work.* 2010;19(4):256–71. <https://doi.org/10.1080/15313204.2010.523647>.
107. Gochfeld M. Sex–gender research sensitivity and healthcare disparities. *J Womens Health (Larchmt).* 2010;19(2):189–94. <https://doi.org/10.1089/jwh.2009.1632>.
108. Cameron KA, Song J, Manheim LM, Dunlop DD. Gender disparities in health and health-care use among older adults. *J Womens Health (Larchmt).* 2010;19(9):1643–50. <https://doi.org/10.1089/jwh.2009.1701>.
109. Travis CB, Howerton DM, Szymanski DM. Risk, uncertainty, and gender stereotypes in healthcare decisions. *Women Ther.* 2012;35(3-4):207–20. <https://doi.org/10.1080/02703149.2012.684589>.
110. Chrisler JC, Barney A, Palatino B. Ageism can be hazardous to women's health: ageism, sexism, and stereotypes of older women in the healthcare system. *J Soc Issues.* 2016;72(1):86–104. <https://doi.org/10.1111/josi.12157>.
111. Taylor D, Richards D. Triple jeopardy: complexities of racism, sexism, and ageism on the experiences of mental health stigma among young Canadian Black women of Caribbean descent. *Front Sociol.* 2019;4:43. <https://doi.org/10.3389/fsoc.2019.00043>.
112. Collins TA, Dumas TL, Moyer LP. Intersecting disadvantages: race, gender, and age discrimination among attorneys*. *Soc Sci Q.* 2017;98(5):1642–58. <https://doi.org/10.1111/ssqu.12376>.
113. Barrett C, Hinchliff S. Addressing the sexual rights of older people: theory, policy and practice. Londres: Routledge; 2017.
114. King A, Almack K, Jones RL, directores. Intersections of ageing, gender and sexualities: multidisciplinary international perspectives. Bristol: Policy Press; 2019 (<https://open-researchlibrary.org/viewer/14844558-066b-417b-b1ba-3c700424b02e/1>, consultado el 13 de octubre del 2020).
115. Harding R, Peel E, directores. Ageing and sexualities. Londres: Taylor & Francis; 2016.
116. Averett P, Yoon I, Jenkins CL. Older lesbian experiences of homophobia and ageism. *J Soc Serv Res.* 2013;39(1):3–15. <https://doi.org/10.1080/01488376.2012.727671>.
117. Woody I. Aging out: a qualitative exploration of ageism and heterosexism among aging African American lesbians and gay men. *J Homosex.* 2014;61(1):145–65. <https://doi.org/10.1080/00918369.2013.835603>.

02

A ESCALA DO IDADISMO CONTRA AS PESSOAS IDOSAS

VERA, 82,
QUIRGUISTÃO

“ Nos hospitais, às vezes temos que aguardar em longas filas para ver um médico, e durante a consulta alguns médicos não se preocupam com escutar tudo o que temos a dizer, nem mesmo nos examinam como deveriam. Quando começamos a dizer aos médicos quais são nossos problemas de saúde, eles frequentemente dizem que esses problemas se devem à nossa idade e que são mudanças naturais. Sinto-me muito indesejada e indefesa, mas não há a quem recorrer. Mesmo que nos queixássemos, duvido que nos escutariam.

Vera, 82, Quirguistão

©Malik Alymkulov/ HelpAge International

”

O preconceito contra as pessoas idosas é generalizado nas instituições, inclusive nas que proporcionam atenção à saúde e assistência social, bem como nos locais de trabalho e na mídia, entre outros.

O idadismo é prevalente nas mais diversas populações:

- Uma de cada duas pessoas em todo o mundo é idadista;
- Na Europa, 33% das pessoas idosas relatam terem sido vítimas de idadismo.

O idadismo é mais prevalente nos países de renda baixa e média.

2.1 IDADISMO INSTITUCIONAL

O idadismo institucional contra a idade pode se manifestar em diferentes instituições, como nas que fornecem atenção à saúde, assistência social, no local de trabalho, na mídia e no sistema judiciário.

2.1.1 O idadismo na saúde e assistência social

O racionamento de assistência à saúde em função da idade é generalizado. Em 2020, uma revisão sistemática indicou que em 85% (127) de 149 estudos, foi a idade que determinou quem recebeu certos procedimentos médicos ou tratamentos (1). Um estudo de cinco centros médicos nos Estados Unidos examinou de que forma a idade afetou as decisões de médicos que disponibilizaram ou não terapias de sustentação da vida em 9 mil pacientes que tiveram doenças com altas taxas de mortalidade. A probabilidade dos médicos manterem o uso de ventiladores, realizarem cirurgias e fornecerem diálise aos pacientes diminuía na medida em que a idade do paciente aumentava. Para o acesso ao uso de ventiladores, a taxa de decisões de não disponibilizar terapias aumentou em 15% a cada década de idade do paciente; para cirurgias, o aumento por década foi de 19%, e para a realização de diálise, foi de 12% (2).

As pessoas idosas tendem a ser excluídas das pesquisas de saúde, embora representem uma fração desproporcional da carga total de doenças e do uso de medicamentos e terapias que requerem prescrição médica. Uma revisão sistemática constatou que houve evidências de idadismo em todos os 49 estudos que investigaram o elo entre a idade e a não participação em diferentes tipos de pesquisa na área de saúde (1). Esses estudos revelaram que as pessoas idosas foram sistematicamente excluídas dos ensaios clínicos nas áreas de cardiologia, medicina interna, nefrologia, neurologia, medicina preventiva, psiquiatria, reumatologia, oncologia e urologia, apesar de muitas das condições de saúde em estudo serem mais prevalentes nas idades mais avançadas.

Portanto, em muitos ensaios clínicos os pacientes participantes não representavam a distribuição real dos pacientes na população geral, e os resultados de tais pesquisas – referentes à segurança e à eficácia dos tratamentos – não podem ser aplicados às populações idosas (1). As pesquisas sobre a doença de Parkinson, que afeta principalmente as populações idosas, destacam claramente essa exclusão. Uma análise sistemática de 206 pesquisas que recrutaram pacientes com a doença de Parkinson constatou que quase 50% desses excluem pacientes com mais de 79,3 anos (3).

No entanto, apesar de o grau de idadismo praticado pelos trabalhadores da saúde e da assistência social contra pacientes parecer alto, esse ainda é incerto (4, 5). Uma análise de 12 revisões de literatura sobre o idadismo entre os trabalhadores da saúde (por exemplo, enfermeiras, profissionais da saúde em geral, médico e estudantes de enfermagem) constatou que as evidências são contraditórias e inconclusivas, e que muitos desses estudos são de má qualidade.

Essa análise destaca a necessidade urgente de que sejam realizados estudos de alta qualidade sobre o idadismo entre os trabalhadores da saúde e assistência social, visto que o idadismo está relacionado com a redução no acesso à assistência de saúde (5). Em 2017, uma análise das atitudes das enfermeiras em relação à atenção dedicada às pessoas de mais idade concluiu haver uma escassez de pesquisas sobre o tema, e que as poucas evidências indicavam que as atitudes das enfermeiras eram complexas e contraditórias (6).

Vários estudos revelam também que os profissionais de saúde mental não são treinados adequadamente para trabalhar com pacientes idosos, que não dispõem das habilidades clínicas necessárias para diagnosticar pacientes idosos com problemas de saúde mental, que têm atitudes negativas em relação a essa população e que estão menos dispostos a trabalhar com eles (7).

Apesar de a demanda por assistência social, inclusive por atenção no longo prazo, ter aumentado e de a expectativa ser de um aumento ainda maior em função do envelhecimento da população (8), as pesquisas sobre as manifestações do idadismo na assistência social, inclusive em instituições de longa permanência, são limitadas, especialmente nos locais com menos recursos (4). Todavia, os poucos estudos que existem indicam haver claras manifestações de idadismo nas instituições de longa permanência. Por exemplo, um estudo no Canadá constatou que a percepção da maioria dos moradores de asilos é de que a comunicação com os cuidadores é idadista. Os cuidadores usavam um linguajar controlador e infantil, bem como padrões de comunicação superprotetores (9). Nas instituições de longa permanência em Israel, o idadismo se tornou evidente em função da falta de diagnósticos médicos corretos, do tratamento dos residentes idosos como se fossem objetos, do descaso recorrente para

Este capítulo apresenta evidências da magnitude do idadismo institucional, interpessoal e contra si próprio. A Seção 2.1 descreve o quão disperso é o idadismo institucional ao examinar como se manifesta nas diversas instituições. A Seção 2.2 analisa a prevalência do idadismo interpessoal em todo o mundo. A Seção 2.3 apresenta um resumo do pouco que se sabe sobre a magnitude do idadismo. Ter uma compreensão exata da escala do idadismo contra as pessoas idosas é um primeiro passo fundamental no esforço para reduzi-lo.

com as necessidades deles e de tentativas de fazer economias às custas deles (10).

Na Austrália, diversas averiguações e análises revelaram a presença de idadeísmo no setor dedicado a fornecer atenção no longo prazo, por exemplo, nos tipos de serviços disponíveis para as pessoas idosas, no linguajar usado durante as interações com as pessoas idosas e nas suposições feitas sobre as preferências e as capacidades das pessoas idosas. Para resolver a situação, a Comissão Australiana de Direitos Humanos fez uma proposta à Comissão Real sobre a Qualidade e Segurança da Assistência às Pessoas Idosas que incluía uma série de recomendações sobre como enfrentar o idadeísmo nos asilos ao adotar uma perspectiva de direitos humanos (11).

Os vieses de idade podem afetar o tipo de informações que os profissionais da saúde procuram obter durante suas interações junto aos pacientes. Por exemplo, um estudo no Reino Unido determinou que os psiquiatras frequentemente tomam muito mais informações sobre os antecedentes sexuais de homens de meia-idade do que de idosos (12), o que poderia ter implicações para a detecção e o tratamento precoce de doenças sexualmente transmissíveis (DST) e outras condições (ver capítulo 3, Seção 3.1).

Um outro exemplo da presença insidiosa do idadeísmo na saúde e assistência social foi verificado durante a pandemia do novo coronavírus 2019 (COVID-19), que afetou o âmago das sociedades e economias (ver **Quadro 2.1**).

Quadro 2.1

O idadeísmo e a COVID-19

A OMS declarou o surto da doença do novo coronavírus 2019 (COVID-19) uma pandemia no dia 11 de março de 2020 (13). As evidências coletadas mundialmente indicaram que essa doença apresenta uma taxa de letalidade significativamente maior nas pessoas idosas do que em pessoas mais jovens (14, 15). A taxa de letalidade é também maior nas pessoas com condições de saúde que afetam os sistemas imunológico, cardiovascular e respiratório, e essas condições são comuns entre as pessoas idosas (16, 17). Em muitos países, as evidências indicam que mais de 40% das mortes relacionadas com a COVID-19 estão ligadas às instituições de longa permanência, chegando a até 80% nesses estabelecimentos nos países de renda alta (14).

Essa pandemia não só causou prejuízos devastadores nas vidas de muitas pessoas idosas em todo o mundo como também expôs estereótipos, preconceitos e discriminações contra as pessoas idosas. Em vários países, têm sido relatadas práticas discriminatórias no acesso aos serviços de saúde e a outros recursos críticos, principalmente com relação às pessoas idosas que moram em instituições de longa permanência (18, 19). Por exemplo, em alguns casos, recursos escassos, como o acesso a ventiladores ou às unidades de tratamento intensivo, foram liberados exclusivamente com base na idade cronológica do paciente (20). No contexto dessa pandemia, isto pode ser considerado falta de ética e idadeísmo, visto que a correlação entre a idade cronológica e a biológica ou com o prognóstico no curto prazo é apenas moderada, e que foram as pessoas idosas as mais afetadas em termos de desfechos graves nesta pandemia (21, 22).

A idade cronológica também foi usada para determinar as medidas de isolamento físico nos países. Por exemplo, no Reino Unido, os adultos de 70 anos de idade ou mais foram instruídos inicialmente a se isolarem durante 4 meses (23); na Bósnia e Herzegovina, não foi permitido às pessoas idosas saírem de seus lares por várias semanas durante o surto (24); e na Colômbia (25) e na Sérvia (26), as medidas de confinamento visaram somente as pessoas idosas. Em muitos países, as estratégias para a suspensão das medidas de confinamento também foram diferenciadas com base na idade cronológica. Por exemplo, em várias cidades nos Emirados Árabes Unidos, não foi permitido que as pessoas com mais de 60 anos entrassem nos centros comerciais ou restaurantes quando da reabertura desses após o período de quarentena da população (27). Similarmente, nas Filipinas não foi permitido que os maiores de 60 anos utilizassem os quatro sistemas de transporte sobre trilhos quando esses retomaram suas operações após a suspensão da quarentena (28).

O uso da idade cronológica como o único critério para estipular as medidas de isolamento físico e para prolongar os períodos de reclusão é discriminatório por não considerar as diversas capacidades e necessidades das populações idosas. Tais medidas podem aumentar os riscos de isolamento social e de solidão, limitar a capacidade das pessoas idosas se envolverem em comportamentos de autocuidado e minar a capacidade dos sistemas de saúde e de assistência social atenderem às necessidades médicas pré-existentes e necessidades sociais das pessoas idosas, que em última instância podem ter impacto prejudicial sobre a saúde e o bem-estar dessa população (29-31). Isolar fisicamente as pessoas idosas de sua rede social tradicional (ou seja, família, amigos, cuidadores profissionais) no meio da pandemia também os expôs a um risco maior de discriminação e abuso, nos asilos ou em casa (32-34). Além disso, apresentar a doença como uma "doença de idosos" ao exigir que apenas as pessoas idosas se isolem fisicamente ou ao recomendar que as pessoas mais jovens fiquem em casa para proteger seus avós pode desestimular os mais jovens e outros a seguirem as diretrizes de saúde pública (35).

As notícias e a cobertura da pandemia também manifestaram o idadeísmo ao projetarem de maneira generalizada as pessoas idosas como um grupo homogêneo, vulnerável, substancialmente diferente de outras faixas etárias (36). A representação das pessoas idosas como frágeis, vulneráveis e como um grupo que precisa de proteção ignora a grande diversidade manifestada entre as pessoas idosas. Esse tipo de mensagem também pode ter impacto sério sobre a saúde e bem-estar das pessoas idosas. Embora seja necessário identificar e informar as populações que correm maior risco, o discurso idadeísta envolvendo pessoas mais jovens e idosas cria o risco de colocar geração contra geração, conforme ilustrou a rápida dispersão da hashtag "boomer remover" (em tradução livre, removedor de velhos), que se refere ao vírus que afeta gravemente as pessoas idosas. Na realidade, quase um quarto de todos os tweets relacionados com as pessoas idosas e a COVID-19 foram classificados como idadeístas (37). Um estudo comparável realizado na plataforma Weibo (chinesa), parceira do Twitter, descobriu que os temas mais populares relacionados com a COVID-19 e as pessoas de idade mencionavam a contribuição dos

idosos para a sociedade. No entanto, os temas vulnerabilidade e necessidade de proteger as pessoas idosas estiveram igualmente presentes (38). Na Espanha, uma análise de 501 manchetes de dois jornais de cobertura nacional revelou que 358 dessas (71%) projetavam as pessoas idosas de maneira negativa (39).

Os modelos matemáticos usados para orientar a resposta à pandemia de COVID-19 também deixaram frequentemente de considerar as populações que recebiam atenção em instituições de longa permanência, uma omissão que nada mais é que uma forma de idadismo nas estatísticas e dados, já que o risco de propagação da COVID-19 é maior nesses estabelecimentos que na população geral (40).

A pandemia de COVID-19 não só expôs o idadismo em diferentes meios, mas também criou a oportunidade de lançar muitas iniciativas positivas, que refletem solidariedade e coesão. Por exemplo, informações on-line foram elaboradas especificamente para pessoas idosas (41), foram realizadas campanhas sobre a saúde mental das pessoas idosas (42) e foram desenvolvidas tecnologias digitais e oferecido apoio para ajudá-las a se comunicarem durante o confinamento usando essas tecnologias (43). As pessoas idosas também participaram em muitas iniciativas de solidariedade ao atenderem chamadas telefônicas com pedidos de ajuda, ajudarem crianças, remotamente, a fazerem seu dever de casa e ao retornarem ao trabalho, no caso dos profissionais da saúde da linha de frente aposentados que retornaram ao trabalho.

O conteúdo deste quadro tem por base uma rápida revisão da literatura, em maio de 2020 e repetida em agosto de 2020, buscando os termos "idadismo" e "COVID-19" ou "corona" no Google Acadêmico. A análise inicial foi complementada por uma busca usando as funções "citadas por" e "relacionadas com", no Google Acadêmico, para identificar artigos adicionais uma vez que um artigo relevante fosse encontrado. Termos de busca mais específicos também foram usados para identificar artigos que estivessem faltando, incluindo os termos "mídia", "políticas", "confinamento", "triagem", "atenção no longo prazo", "asilos", "atenção", "atenção residencial" e "COVID-19" ou "corona". A mesma estratégia de busca foi usada no Google. Dado que não se trata de uma revisão sistemática das evidências, é possível que literaturas relevantes tenham ficado de fora, inclusive as que tratam de outras possíveis manifestações do idadismo contra pessoas mais jovens ou idosas.

2.1.2 O idadismo no local de trabalho

Várias análises demonstraram que no local de trabalho o idadismo ocorre em todo o ciclo das operações: durante o recrutamento, a estada no emprego e na demissão, ou no processo de aposentadoria (1, 44-47). O idadismo no local de trabalho pode limitar a renda das pessoas idosas, conforme explica o Capítulo 3.

Por exemplo, uma revisão sistemática de 60 estudos determinou que era menos provável que empresários contratassem candidatos idosos que mais jovens, que uma vez empregados, os idosos tinham menor acesso a treinamento, e que os que enfrentaram idadismo no local de trabalho apresentavam maior probabilidade de se aposentarem mais cedo (1).

Uma metanálise que resumiu quantitativamente o efeito do idadismo sobre os trabalhadores idosos no local de trabalho revelou que o processo de contratação de trabalhadores idosos, seu progresso na carreira, suas avaliações de desempenho e suas avaliações de habilidades interpessoais foram todos afetados pelo idadismo (44). Os exemplos específicos fornecidos abaixo ilustram as manifestações de idadismo que ocorrem durante diferentes fases do ciclo de trabalho.

Em vários setores (por exemplo, hotelaria, vendas, contabilidade), é mais provável que os trabalhadores mais jovens sejam entrevistados e contratados comparado com idosos (48). Por exemplo, na Espanha, quando empresários receberam currículos com características equivalentes de candidatos idosos e mais jovens, os candidatos mais jovens foram favorecidos em detrimento dos idosos em seis ocupações (49). Nessa pesquisa, os candidatos de 28 anos de idade apresentaram uma taxa de

convocação para entrevista 77% maior que a dos candidatos de 38 anos de idade. A desvantagem vivenciada pelos candidatos idosos pode aumentar com empregos que requerem treinamento especializado ou em locais de trabalho afetados por mudanças tecnológicas (50, 51). Os resultados dessa pesquisa são refletidos em um levantamento feito em 2015 sobre a percepção do público, e que constatou que mais da metade dos europeus acredita que a idade colocou em desvantagem os candidatos com 55 anos ou mais, mas somente 16% acreditavam ser uma desvantagem para candidatos com menos de 30 anos (52).

Para quem está empregado, o idadismo afeta o acesso às oportunidades de treinamento, sendo que os mais afetados são os trabalhadores idosos. Na Suíça, um estudo constatou que 53% dos funcionários de todas as idades acreditavam que os trabalhadores idosos eram mais difíceis de treinar, e 52% acreditavam que os trabalhadores idosos tinham menor interesse em posições mais desafiadoras (53). A Pesquisa sobre Saúde, Envelhecimento e Aposentadoria na Europa constatou que quase metade de todos os trabalhadores com mais de 50 anos na Grécia, Hungria, Polônia e Espanha informou não ter tido oportunidades de treinamento (54).

O idadismo também pode contribuir para a aposentadoria precoce dos trabalhadores idosos. Em um estudo experimental envolvendo trabalhadores de colarinho branco na Bélgica, os que receberam informações negativas sobre as habilidades dos trabalhadores idosos apresentaram maior probabilidade de manifestar intenção de se aposentar mais cedo do que os que receberam informações positivas (55).

2.1.3 O idadismo e a mídia

O idadismo é generalizado na mídia (56-59). As representações na televisão e nas mídias

sociais e impressas são cruciais por influenciarem nossas percepções diárias e nossas interações, incluindo a maneira como nos relacionamos com as pessoas idosas, dando os contornos de como cada um vê o próprio envelhecimento (58).

Uma revisão de 25 estudos empíricos, realizados de 1982 a 2020, que analisou as representações das pessoas idosas na mídia impressa e nos anúncios e programas de televisão na Europa e na América do Norte revelou que até os anos 1990, os idosos estavam sub-representados e eram apresentados negativamente. Nos anos noventa, embora os idosos continuassem sub-representados, houve uma mudança em seus estereótipos, que deixaram de ser negativos, apresentados como ofensivos, infelizes, doentios, solitários e dependentes, e passaram para um novo estereótipo, o de pessoas ativas, aproveitando a vida e mantendo um estilo de vida saudável (58). Implícita nessa mudança para uma representação positiva do envelhecimento pode estar oculta uma forma mais sutil de idadeísmo: a de que a boa saúde no final da vida é uma questão de escolha, que a responsabilidade é do indivíduo e que as desigualdades no acesso aos recursos pouco influenciam (58).

Dois estudos ilustram a sub-representação dos idosos na mídia. O primeiro mostrou que apenas 1,5% dos personagens de televisão nos Estados Unidos eram pessoas idosas, que a maioria deles teve participação secundária e que foi frequentemente projetada com fins humorísticos, usando o estereótipo de ineficácia física, cognitiva e sexual (60). O segundo, uma análise do horário nobre da televisão na Alemanha, descobriu que somente 8,5% dos personagens principais eram idosos (61).

O idadeísmo nas mídias sociais está recebendo crescente atenção das pesquisas.

Um estudo voltado para a representação do envelhecimento e dos idosos no Twitter, que analisou 1200 mensagens, revelou que o linguajar usado nos tweets muitas vezes reforça estereótipos negativos de idosos associados à perda de poder, vulnerabilidade e como sendo um grupo homogêneo, e que o envelhecimento é algo a ser resistido, desacelerado ou escondido (62). Um outro estudo de 354 tweets constatou que 12% (43) das mensagens tinha teor idadeísta (63). Uma análise de 84 grupos do Facebook voltados para indivíduos idosos constatou que o idadeísmo transbordava nos grupos. Uma análise das descrições que apresentavam os grupos demonstrou que todos, exceto um, se centravam sobre os estereótipos negativos da idade: 74% (62/84) caçoavam dos indivíduos idosos, 27% (23/84) os infantilizavam e 37% (31/84) recomendavam que fossem banidos de atividades públicas, como ir às compras (64).

As representações das pessoas idosas pela mídia variam em todo o mundo. Uma análise de 25 estudos de vários países das regiões da OMS, isso é, Américas, Europa, Sudeste da Ásia e Pacífico Ocidental, que examinou a forma como as pessoas idosas são representadas nos meios de comunicação em massa, encontrou diferenças importantes entre essas sociedades, assim como entre os países asiáticos (57). Por exemplo, nos meios impressos na China - na Região Administrativa Especial de Hong Kong-, a vulnerabilidade foi um tema dominante (65), enquanto nos meios de comunicação em massa chineses, o respeito dos filhos para com as pessoas idosas foi proeminente (66, 67). Uma comparação de como as pessoas idosas foram representadas no horário nobre nos anúncios de televisão na República da Coreia e nos Estados Unidos verificou que na República da Coreia as pessoas idosas tinham maior probabilidade de desempenharem papéis de destaque e de serem representadas de maneira positiva (68).

No Japão, uma análise de aproximadamente 3 mil anúncios de televisão veiculados nos cinco principais canais comerciais constatou que as pessoas idosas eram apresentadas de maneira mais favorável, apareciam com mais frequência e desempenhavam papéis mais importantes em 2007 que em 1997. Mesmo assim, as pessoas idosas continuavam a estar sub-representadas (69). Um estudo no qual foi pedido a estudantes nigerianos que descrevessem como os idosos eram representados nos filmes produzidos no país revelou que os idosos eram representados como sendo pessoas "malvadas", "fracas", "pobres" e "diabólicas" (70).

Na mídia, há uma interação entre o idadeísmo e o sexismo. Uma análise de 2 mil filmes de Hollywood constatou que quanto mais as mulheres envelhecem, menor a participação delas nos diálogos: 38% do diálogo coube às mulheres de 22 a 31 anos, e 20% às com 42 a 65 anos. Por outro lado, o diálogo dos atores masculinos cresce na medida em que eles envelhecem. Isso ocorre até os 65 anos. A partir dos 65, eles começam a ser considerados velhos. A essa altura, os homens falam apenas 5% dos diálogos enquanto que as mulheres falam 3% (71). A sub-representação das mulheres em relação aos homens foi um fato relatado em todo o mundo (61, 68, 72, 73).

2.1.4 O idadeísmo e o judiciário

O idadeísmo contra as pessoas idosas no judiciário foi estudado sob a luz do uso de limites de idade arbitrários na legislação e nos processos judiciais, e seus resultados. Os exemplos dos limites arbitrários incluem legislação que fixa tetos para o transplante de órgãos independentemente da capacidade intrínseca do paciente (74) e legislação que determina a idade de aposentadoria com base exclusivamente na idade cronológica (75, 76).

Estudos das atas judiciais e seus resultados também identificaram a presença do idadeísmo. Um estudo realizado em Israel perguntou às mulheres idosas sobre sua experiência jurídica com processos de divórcio em estágios mais avançados da vida. Essas mulheres informaram terem enfrentado idadeísmo na forma como são tratadas por advogados e juízes (77). Outro estudo em Israel, que examinou os conhecimentos e as atitudes dos advogados em relação às pessoas envelhecendo e às pessoas idosas, constatou que os advogados apresentam baixos níveis de conhecimento sobre o envelhecimento, mas que na maioria dos casos têm atitudes não discriminatórias contra a idade em relação aos seus clientes idosos (78).

Outro estudo se debruçou sobre os efeitos da idade e do sexo sobre a confiança das testemunhas (79). Aproximadamente 1300 estudantes universitários leram o resumo de uma ação e a declaração de testemunhas no qual o sexo e a idade da testemunha variava (49, 69, 79 ou 89 anos). O estudo constatou que testemunhas idosas não foram vistas como menos críveis que as mais jovens. Além disso, constatou também que homens idosos, mas não as mulheres idosas, eram vistos como mais críveis que as testemunhas de meia-idade.

2.1.5 Outros estabelecimentos institucionais

O idadeísmo se manifesta em uma série de outras instituições e setores, inclusive no de habitação, tecnologia, finanças, atendimento a emergências e estatística, e na forma como os dados são coletados e compilados, sendo que todos esses receberam menor atenção nas pesquisas.

Habitação

Na habitação, o idadeísmo pode ocorrer

durante a triagem de possíveis inquilinos, nos termos e condições que se aplicam aos inquilinos e na maneira como as pessoas devem deixar o imóvel (80). Por exemplo, no Japão um estudo revelou que a discriminação contra inquilinos idosos estava associada a vários fatores, inclusive ao temor de que esses viessem a criar casos com outros inquilinos, preocupações com negligência e problemas de segurança (como incêndios) e preocupações com a possibilidade de que os inquilinos idosos permanecessem por muito tempo no imóvel, dificultando o aumento do aluguel (81). O idadismo também pode se manifestar por meio da falta de acessibilidade, segurança e qualidade nos domicílios para pessoas idosas (82).

Tecnologia

Apesar de a tecnologia se mostrar promissora para melhorar as vidas das pessoas idosas, foi estabelecida uma linha divisória digital entre as pessoas idosas e os mais jovens, resultado, em parte, do idadismo (83-85). Por exemplo, os idosos que assimilam o estereótipo de que as pessoas idosas não conseguem dominar as tecnologias podem nem mesmo tentar adotar as novas tecnologias (85). Estereótipos idadistas também podem explicar porque as pessoas idosas raras vezes estão incluídas nos grupos de discussão para avaliar o design das novas tecnologias digitais (84).

Instituições financeiras

Muitos esquemas de crédito e empréstimos, especialmente nos países de baixa e média renda, discriminam contra as pessoas idosas, tornando a participação deles muitas vezes impossível. As mulheres são particularmente desfavorecidas - mais um exemplo de como o idadismo e o sexismo interagem, uma vez que elas frequentemente não têm renda independente, não controlam ativos fixos, como terras que poderiam ser usadas como garantia, e contam com exposição limitada a

negócios ou ao setor de empregos formais (86, 87).

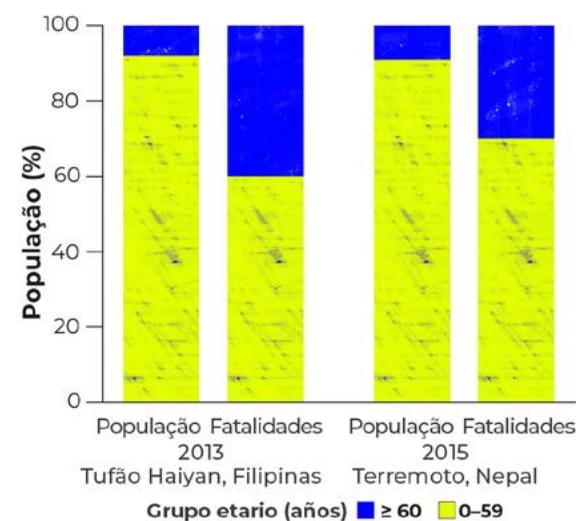
As instituições financeiras nos países de alta renda reconhecem que o idadismo é amplamente disseminado (88, 89). Mesmo assim, os estudos sobre o idadismo nos serviços financeiros são extremamente raros. Um relatório da Autoridade de Conduta Financeira do Reino Unido declarou que as pessoas idosas podem ser vítimas de idadismo nos serviços financeiros porque a idade - mas não o sexo ou a raça - pode ser usada como fator de risco na avaliação dos produtos financeiros, e as instituições financeiras se negam a fornecer produtos a certas faixas etárias. Por exemplo, visto que o risco dos seguros não é distribuído uniformemente pelas faixas etárias, a maioria das apólices novas define um teto de idade para os seguros de viagens, sendo que as hipotecas e os prêmios de seguros de saúde privados são maiores para as pessoas idosas (90, 91).

Desastres naturais e emergências relacionadas com conflitos

A negligência em relação às pessoas idosas durante as catástrofes naturais e emergências relacionadas com conflitos tem ficado mais visível há alguns anos (92-97). As pessoas idosas compõem um grande e crescente número das pessoas afetadas por emergências (92), inclusive por catástrofes naturais e conflitos. Por exemplo, a Fig. 2.1 ilustra o impacto desproporcional que as catástrofes naturais podem ter sobre as pessoas idosas (93). Os idosos também são negligenciados pelos fundos alocados para respostas humanitárias. Um relatório de 2016 examinou os fundos humanitários fornecidos pelo processo de apelo consolidado da ONU, usando-o como um indicador aproximado para verificar até que ponto as necessidades específicas das pessoas idosas eram refletidas nos programas humanitários (94). Foi constatado que dos 16.221 projetos implementados entre 2010

e 2014, somente 6% (1009) incluíam uma ou mais atividades voltadas para as pessoas idosas ou que incluíssem esse grupo populacional juntamente com outros grupos vulneráveis. Somente 51% (513) desses projetos foram custeados.

Fig. 2.1. Comparação das populações, segundo a idade, afetadas por desastres naturais e número de mortes no Nepal e nas Filipinas



Fonte: reproduzido com permissão da Federação Internacional da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho (93).

Estatística e dados

O idadismo também se manifesta dependendo da forma como os delineamentos estatísticos são feitos e os dados são coletados e compilados. Exemplos incluem o simples fato de dados não serem coletados sobre as pessoas idosas ou, quando são, esses dados não são desagregados. Por exemplo, muitos conjuntos de dados sobre saúde pública se concentram em mulheres com idades entre 15 e 49 anos ou são agrupados em uma única faixa etária de maiores de 60 anos ou maiores de 65 anos, escondendo, portanto,

a vasta diversidade encontrada entre as pessoas idosas.

O uso da razão de dependência (o número de pessoas idosas [com idades superiores a 60 ou a 65]/ o número de adultos em idade laboral [com idades entre 15 e 64 anos]) é outro caso de idadismo. Isso porque, de fato, supõe que todas as pessoas idosas são dependentes. Muitas pessoas idosas continuam contribuindo para a economia. As pessoas idosas oferecem apoio monetário em espécie ou financeiro a seus filhos ou netos. Eles trabalham como voluntários. Muitos - especialmente os de países com benefícios de aposentadoria limitados ou ausentes - continuam a trabalhar formalmente ou informalmente enquanto possível (98). A razão de dependência não consegue refletir isso.

Um terceiro exemplo frequentemente mencionado é o indicador de mortalidade precoce, definido como o percentual de pessoas de 30 anos de idade que irão morrer de uma série de doenças, inclusive de doença cardiovascular, câncer, diabetes ou doença respiratória crônica antes do 70o aniversário. Esse indicador é usado pela OMS e foi incluído nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, tendo sido interpretado como "um forte sinal a favor do idadismo na alocação dos recursos de saúde e na coleta de dados" (99).

Educação

A educação é uma instituição chave na qual o idadismo está apenas começando a receber atenção. Por exemplo, em 2014, nos Estados Unidos, cerca de 300 mil adultos de 55 anos de idade ou mais foram matriculados em instituições de ensino superior, e 21,5% da população de 70 anos ou mais foram matriculados em algum tipo de programa de aprendizado ao longo da vida ou de programa de formação para adultos (100).

Quadro 2.2

Lá, o idadismo na educação superior adota diferentes formas, facilitadas pela estrutura histórica de segregação da idade na educação superior. O idadismo pode se manifestar nas atitudes dirigidas contra as pessoas idosas por parte dos funcionários e alunos, e por meio de atitudes negativas das próprias pessoas idosas sobre a volta aos estudos. Barreiras estruturais de idadismo, como a falta de custeio e de serviços de apoio (por exemplo, ajuda com tecnologia), também impedem, muitas vezes, que as pessoas idosas estudem (101). Há muitas poucas evidências de idadismo na educação nos demais países.

2.2 IDADISMO INTERPESSOAL

Esta seção fornece um resumo da prevalência do idadismo interpessoal, e se além tanto à prevalência de atitudes idadistas nos diversos países e culturas como no relato de experiências idadistas.

2.2.1 Atitudes idadistas

Uma estimativa da prevalência do idadismo interpessoal realizada entre 2010 e 2014 e que envolveu mais de 83 mil pessoas de 57 países em todas as seis Regiões da OMS mostrou que pelo menos uma de cada duas pessoas tinham atitudes idadistas moderadas ou fortes (ou seja, estereótipos e preconceito) (102).

Esse estudo também classificou os países como tendo atitudes pouco idadistas, meio idadistas e altamente idadistas e descobriu que 34 dos 57 países foram classificados como moderadamente ou altamente idadistas (ver Fig. 2.2). A prevalência mais elevada do idadismo esteve nos países de renda média e alta (por exemplo, Índia, Nigéria e Iêmen): 39% dos participantes da pesquisa

nos países de renda baixa e média-baixa apresentavam atitudes altamente idadistas. Isso é preocupante, já que cerca da metade (48,3%) da população mundial vive em países de renda baixa e média-baixa: 9,3% em países de baixa renda e 39% em países de renda média-baixa (103).

Taxas de prevalência mais baixas foram encontradas em países de maior renda (por exemplo, Austrália, Japão e Polônia): 69% dos participantes de países de renda alta apresentaram um baixo índice de atitudes idadistas comparado com 18% nos países de renda baixa e média-baixa.

Com respeito à distribuição dentre as características sociodemográficas, a análise desses dados demonstrou que a prevalência das atitudes altamente idadistas foi ligeiramente maior entre pessoas mais jovens e homens, e foi acentuadamente maior entre as pessoas que tiveram menor escolaridade (102). É importante notar que esse estudo usou uma medida mais integral de idadismo que muitos estudos anteriores (ver Quadro 2.2). As Regiões da África e da Ásia Sul-Oriental, da OMS, foram as duas onde a maior proporção da população manteve atitudes moderadamente ou altamente idadistas (85,2% e 86,4%, respectivamente), enquanto que a Região do Pacífico Ocidental apresentou a menor proporção da população - 36,6% - com atitudes moderadamente ou altamente idadistas (ver Fig. 2.3). Uma outra análise dos dados demonstrou não haver nenhuma diferença pronunciada entre as atitudes idadistas de homens e mulheres em todas as regiões da OMS (102).

A qualidade das escalas usadas para mensurar o idadismo

Uma revisão sistemática das escalas usadas para medir o idadismo contra pessoas idosas foi realizada para avaliar a confiabilidade e a validade (ou seja, sua qualidade) (106). Essa revisão identificou 11 escalas usadas para medir idadismo, mas somente a escala sobre as Expectativas Relativas ao Envelhecimento atingiu os três padrões mínimos de confiabilidade e validade. Essa escala avalia apenas a questão do estereótipo ligado ao idadismo, tanto em relação a pessoas idosas como em relação a si mesmo. Portanto, ela não avalia as outras duas dimensões do idadismo: o preconceito e a discriminação. Nenhuma das escalas teve alta validade transcultural, que é uma limitação grave para a condução de estudos transculturais ou dentro de um mesmo país. A análise também determinou que apesar das muitas medidas para determinar idadismo implícito, nenhuma havia sido avaliada em no mínimo três estudos, que é o mínimo necessário para que seja incluído na análise. Segundo nos consta, ainda menos se sabe sobre a qualidade das escalas usadas para medir de que forma o idadismo afeta outras faixas etárias ou para medir o idadismo institucional.

Uma conclusão inevitável da análise é que, visto que fora realizada usando instrumentos muitas vezes não confiáveis e válidos, as estimativas atuais de prevalência do idadismo talvez não sejam exatas. Há uma necessidade urgente de elaborar e validar uma escala que possa mensurar com exatidão a verdadeira magnitude e distribuição de todas as diferentes dimensões do idadismo (106). Dada a importância fundamental de se ter uma medida confiável e válida de idadismo, a OMS e seus colaboradores estão priorizando a criação de tal escala.

Idadismo entre países e culturas

As variações nas taxas de idadismo entre os países e culturas e os fatores que podem contribuir para essas variações estão apenas começando a ser estudados. A análise da OMS apresentada acima, com base nos dados de 57 países, demonstrou claramente que as taxas de idadismo variam no mundo, sendo que os países de renda baixa e média-baixa apresentam as taxas mais elevadas.

Em 2015, uma revisão de 37 documentos analisou a questão da variação transcultural no idadismo em maior profundidade (104). O ponto de partida foi a crença predominante de que as culturas nas Regiões da OMS no

Sudeste Asiático e no Pacífico Ocidental (por exemplo, China, Índia, Japão, Filipinas e Vietnã) estimam mais às pessoas idosas que as culturas de fala inglesa (ou seja, Austrália, Canadá, Nova Zelândia, Reino Unido e Estados Unidos) e as culturas na Região da Europa da OMS (por exemplo, a Áustria, a Dinamarca, Grécia e Suécia), devido às mais fortes tradições coletivistas e de piedade filial.

A análise encontrou evidências do contrário: as culturas de fala inglesa e as da Região da Europa parecem ter mais apreço pelas pessoas idosas do que culturas do Sudeste Asiático e da Região do Pacífico Ocidental. No entanto, uma análise criteriosa mostrou que a situação é mais complexa.

Por exemplo, a análise revelou que dentre as Regiões da OMS Sudeste Asiático e Pacífico Ocidental as pessoas da China, do Japão e da República da Coreia demonstraram a maior negatividade em relação as pessoas idosas. Os europeus cujo idioma natal não é o inglês apresentaram maior negatividade em relação as pessoas idosas que os países norte-americanos e outros de língua inglesa. Além disso, pessoas de dois países (França e Suíça) tiveram mais percepções negativas em relação as pessoas idosas que as pessoas das Regiões Sudeste Asiático e Pacífico Ocidental da OMS. Essa análise também identificou que os critérios negativos relativos as pessoas idosas parecem decorrer de mudanças demográficas recentes e rápidas relativas ao envelhecimento da população (ver Capítulo 5).

Esses e outros resultados destacam a inadequação de usar generalizações geográficas amplas para compreender as atitudes contemporâneas em relação as pessoas idosas (104, 105).

Em 2019, uma revisão das atitudes em relação

ao envelhecimento e às pessoas idosas nas culturas árabes identificou sete estudos empíricos (107). A análise produziu uma imagem inconclusiva e heterogênea e requer mais e melhores pesquisas. Alguns dos estudos indicaram percepções mais positivas do envelhecimento nas culturas árabes que nos outros países estudados (por exemplo, França e Países Baixos), como maior tolerância para com as pessoas idosas, uma percepção mais forte da contribuição das pessoas idosas para com a sociedade e um maior sentido de piedade filial. Mas em outros estudos, por vezes realizados no mesmo país, prevaleceu uma perspectiva mais negativa. Os resultados inconclusivos podem estar relacionados com diferenças entre os entrevistados em termos de gênero, idade, residência urbana ou rural e escolaridade. Os autores especulam que as diferenças também podem se dar, em parte, em função de pressões de normas sociais que prescrevem a reverência às pessoas idosas. Isto pode levar os entrevistados a se sentirem relutantes em expressar perspectivas negativas sobre os idosos, porém mais livres para criticar as pessoas idosas em geral.

Fig. 2.2. Mapa mostrando os países que foram classificados com índices de atitudes idadistas baixos, moderados e altos

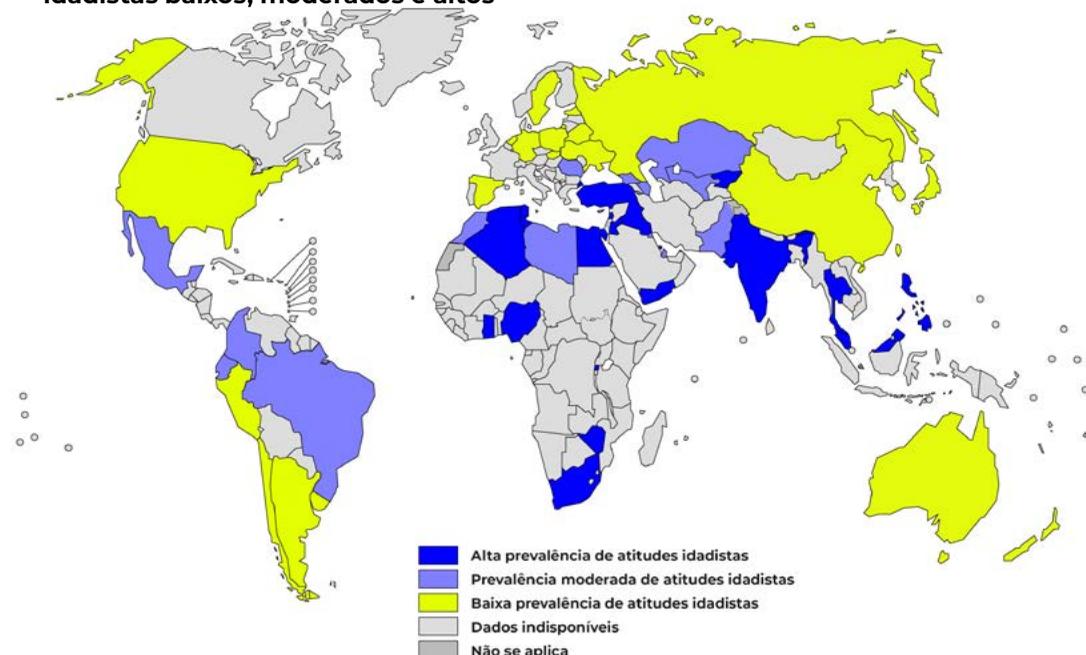
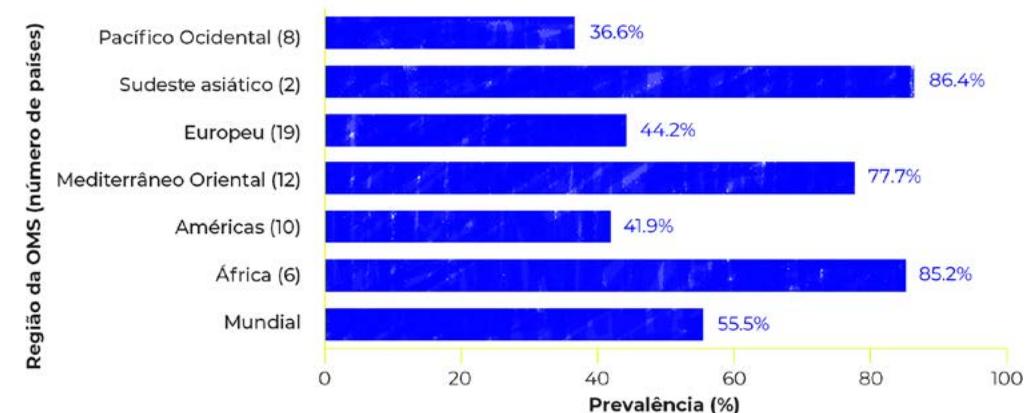


Fig. 2.3. Prevalência de populações que mantêm atitudes moderadamente ou altamente idadistas por região da OMS, com base em uma análise mais avançada dos dados da referência 102



Obs.: As porcentagens se aplicam apenas aos dados agrupados dos países incluídos na análise de cada região (por exemplo, os 12 países na Região Mediterrâneo Oriental da OMS).

O idadismo no tempo

Os estereótipos de idade relacionados com pessoas idosas podem ter ficado mais negativos com o passar do tempo, como sugerido por evidências limitadas do mundo de língua inglesa (108, 109). Porém, faltam dados globais sobre tendências históricas de prevalência. Uma análise do Corpus de Inglês Histórico Americano (1810-2009), que contém 400 milhões de palavras, revelou que estereótipos de idade vem se tornando linearmente mais negativos a partir dos últimos 200 anos, e que passaram de positivos a negativos em torno dos anos 1880. Dois fatores principais estiveram associados a essa mudança: a medicalização de envelhecimento e a proporção da população com mais de 65 anos (108).

Um outro estudo, utilizando uma busca no visualizador de livros Google Ngram Viewer, que traça frequências de palavras em mais de 5 milhões de livros de ficção e não ficção publicados entre 1800 e 2000, revelou que a partir dos anos 1900 houve uma mudança

na terminologia referente às pessoas idosas, passando de uma frequência maior de termos positivos para uma frequência menor em relação as pessoas idosas, o que pode refletir uma mudança de atitudes em relação a elas (109). As análises também revelaram que mulheres jovens e idosas têm estado super-representadas na literatura nos últimos 200 anos, sendo que a maior diferença ocorreu nos anos 1900, quando a frequência do termo "velho" foi mais de três vezes maior que a do termo "velha".

2.2.2 Experiências e percepções sobre o idadismo interpessoal

Conhecer a proporção das pessoas que têm atitudes idadistas é importante; porém, essas cifras estão incompletas e podem estar subestimadas visto que a tendência é de que as pessoas deem respostas socialmente aceitáveis em vez de escolherem as respostas que refletem suas verdadeiras atitudes e comportamentos (110). Além dos dados sobre as atitudes, é essencial ter informações sobre o número de pessoas

que informaram ter enfrentado o idadismo; porém, os dados sobre a discriminação baseada na idade envolvendo diferentes países derivam predominantemente dos estados europeus e se centram somente na percepção de discriminação com base na idade.

Em 28 países na Europa, mais de uma de cada três pessoas de 65 anos de idade ou mais relataram ter sido alvo de idadismo (ou seja, foram insultados, abusados ou lhes foi negado serviço por causa da idade). A única faixa etária que relatou enfrentar taxas maiores de idadismo foi a de 15 a 24 anos (ver Capítulo 5).

As pessoas idosas, bem como todas as outras faixas etárias, também informaram ter vivenciado mais discriminação com base na idade do que no sexo, na raça ou na origem étnica (ver Fig. 2.4) (111). Estão disponíveis dados comparáveis mais recentes sobre a proporção de pessoas que percebem essa discriminação contra pessoas de 55 anos de idade ou mais, e mostram que essa discriminação é muito ou bastante generalizada na União Europeia. Os resultados variam entre o máximo de duas a cada três pessoas na Bulgária (63,1%) e o mínimo de uma a cada quatro pessoas na Dinamarca (23,6%) (ver Fig. 2.5) (112).

Apesar de faltarem dados entre países que sejam comparáveis e que tenham sido compilados de outras partes do mundo sobre as experiências e percepções sobre o idadismo, há estudos de alguns países. Por exemplo, no Brasil, em uma amostra nacionalmente representativa de pessoas de 50 anos ou mais, 16,8% dos participantes indicaram que tiveram a sensação de terem sido vítimas de algum tipo de discriminação no ano anterior. Esta proporção foi maior entre os moradores de áreas urbanas que entre os de áreas rurais, sendo mais provável de ocorrer em estabe-

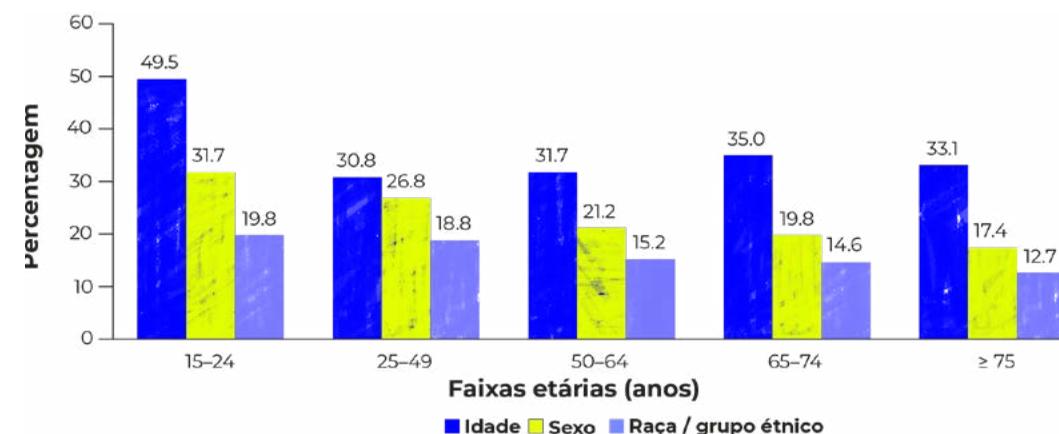
lecimentos de assistência à saúde, e menos provável no trabalho (113).

A discriminação contra viúvas e as acusações de bruxaria são exemplos de como o idadismo interage com o sexismo e coloca as idosas em situação de duplo risco.

A discriminação contra viúvas - que são aproximadamente 250 milhões no mundo - e acusações de bruxaria, ambas frequentemente dirigidas às idosas, são exemplos de como o idadismo interage com o sexismo e põe as mulheres idosas em uma situação de duplo risco (114-116). Embora os dados quantitativos sobre a escala exata da discriminação contra viúvas e acusações de bruxaria sejam escassos, esses fenômenos são amplamente relatados, especialmente na África subsaariana, mas não só lá (115, 117, 118). As formas de injustiça às quais as viúvas são submetidas - com base na intersecção de sua condição de viúva, seu gênero e muitas vezes de sua idade - apresentam diversos aspectos, sendo que alguns são amplamente disseminados e outros são mais específicos de determinadas culturas.

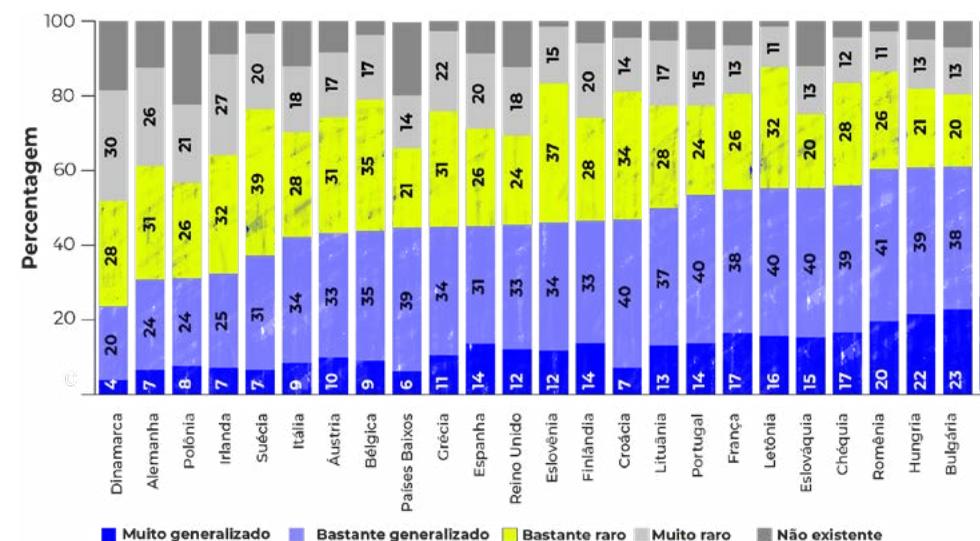
Um exemplo é o roubo da propriedade de viúvas e a denegação de sua herança, o que é relatado na África subsaariana, na América do Sul, no Sudeste Asiático e no Oriente Médio (118). Outro exemplo inclui costumes tradicionais da viuvez, como o ostracismo social das viúvas, a proibição de novos matrimônios e os chamados rituais de limpeza. Os chamados rituais de limpeza, que ocorrem em partes da África subsaariana, às vezes exigem que a viúva tenha relações sexuais com um cunhado ou outro homem para remover espíritos maus (115, 118).

Fig. 2.4. Percentual de pessoas que participaram da Pesquisa Social Europeia e que revelaram ter enfrentado tratamento injusto em função da idade, do sexo ou da origem racial ou étnica, segundo a faixa etária no período 2008-2009 (inclui somente indivíduos que não consideraram sua experiência como “0” numa escala de “0” a “4” onde “0” indica que a pessoa nunca foi tratada injustamente, e “4” indica que a pessoa enfrentava tratamento injusto com muita frequência)



Fonte: reproduzido com permissão de Abrams et al. (111)

Fig. 2.5. Comparação das percepções de discriminação contra pessoas a partir de 55 anos em 25 países da União Europeia



Fonte: reproduzido com a permissão de Rychtaříková (112).

Segundo relatos, as acusações de bruxaria, que na maioria dos casos é dirigida às idosas, são frequentes. Tais acusações podem levar idosas a serem isoladas e negligenciadas, a serem forçadas a sair de suas comunidades, ou a serem queimadas, apedrejadas, acorrentadas e, em alguns casos, assassinadas (115, 118). Na República Unida da Tanzânia, por exemplo, entre 2004 e 2009 aproximadamente 2500 idosas foram supostamente mortas após terem sido acusadas de bruxaria (119). Em Burkina Faso, centenas de mulheres idosas acusadas de bruxaria e chamadas de *les mangeuses d'âmes* (ou comedoras de almas) foram mortas ou banidas do local (120). No norte de Gana, mais de mil mulheres idosas acusadas de bruxaria foram removidas de seus lares e vivem em acampamentos provisórios (121).

2.3 IDADISMO CONTRA SI PRÓPRIO

O idadismo contra si mesmo pode ter um impacto grave na saúde das pessoas, como mostra o Capítulo 3. No entanto, estudos realizados nas populações de diversos países para determinar a prevalência do idadismo contra si mesmo são raros. No Panamá, um estudo descobriu que quase a metade (46,3%) dos entrevistados de 18 a 65 anos de idade se lembravam de ter praticado idadismo contra si próprio no mínimo uma vez, geralmente em resposta a uma deficiência física pessoal (122).

Vários estudos analisaram a percepção que as pessoas tinham de si mesmas em relação ao envelhecimento, o que às vezes é visto como um substituto do idadismo contra si mesmo. Por exemplo, estudos têm analisado a distribuição da percepção que as pessoas têm sobre o próprio envelhecimento do ponto de vista de diferentes características sociodemográficas, inclusive gênero, raça,

grupo étnico e escolaridade. Na Alemanha, um estudo determinou que até a meia-idade a autoavaliação em relação ao envelhecimento era positiva, mas que essa percepção diminuía com o avanço da idade (123). Constatações referentes ao vínculo entre gênero e a percepção de si mesmo têm sido inconsistentes (124-126). As pessoas com a renda e escolaridade mais altas parecem ter autopercepções mais positivas quanto ao envelhecimento que as pessoas de renda e escolaridade menores (123, 127).

2.4 CONCLUSÕES E PERSPECTIVAS FUTURAS

O idadismo contra as pessoas idosas é mundialmente generalizado. Ele se manifesta em todas as instituições essenciais da sociedade. Por exemplo, na saúde e na assistência social, onde a assistência de saúde é por vezes racionada em função da idade; no local de trabalho durante o recrutamento, no período de emprego e nos processos de aposentadoria e demissão; e nos meios de comunicação, onde as pessoas idosas estão muitas vezes sub-representadas.

Na escala mundial, de cada duas pessoas, pelo menos uma tem atitudes idadistas em relação às pessoas idosas. Em todos os países da Pesquisa Social Europeia, uma de cada três pessoas idosas enfrentou idadismo. Portanto, o idadismo atinge bilhões de pessoas em todo o mundo - e sua propagação pode estar aumentando. O idadismo constitui tanto um problema grave e generalizado de direitos humanos quanto um problema de saúde pública de longo alcance, como demonstram este capítulo e o Capítulo 3, que discute o impacto do idadismo.

As prioridades futuras para compreender a magnitude do problema devem incluir:

- o monitoramento e o acompanhamento do idadismo em várias das principais instituições, particularmente entre os trabalhadores da saúde e da assistência social, no setor habitacional, no judiciário e durante emergências, bem como nos países de baixa e média renda de maneira mais geral;
- o uso dos instrumentos que estão sendo desenvolvidos para mensurar todos os diferentes tipos de idadismo e suas dimensões (ver [Quadro 2.2](#));
- a realização de pesquisas populacionais sobre o idadismo, usando esses instrumentos mais recentes para melhor estimar a prevalência e a distribuição mundial e as tendências do idadismo, incluindo a do idadismo contra si mesmo;
- a realização de estudos sobre a intersecção entre o idadismo e outros "-ismos", inclusive nas situações de discriminação contra viúvas e acusações de bruxaria.

O idadismo atinge bilhões de pessoas em todo o mundo e é tanto um problema grave de direitos humanos como um problema de saúde pública de amplo espectro.

REFERÊNCIAS

1. Chang ES, Kanno S, Levy S, Wang SY, Lee JE, Levy BR. Global reach of ageism on older persons' health: a systematic review. *PLOS ONE*. 2020;15(1):e0220857. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220857>.
2. Hamel MB, Teno JM, Goldman L, Lynn J, Davis RB, Galanos AN, et al. Patient age and decisions to withhold life-sustaining treatments from seriously ill, hospitalized adults. *Ann Intern Med*. 1999;130(2):116–25. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-130-2-199901190-00005>.
3. Fitzsimmons PR, Blayney S, Mina-Corkill S, Scott GO. Older participants are frequently excluded from Parkinson's disease research. *Parkinsonism Relat Disord*. 2012;18(5):585–9. <https://doi.org/10.1016/j.parkreldis.2012.03.003>.
4. de São José JMS, Amado CAF. On studying ageism in long-term care: a systematic review of the literature. *Int Psychogeriatr*. 2017;29(3):373–87. <https://doi.org/10.1017/S1041610216001915>.
5. Wilson DM, Nam MA, Murphy J, Victorino JP, Gondim EC, Low G. A critical review of published research literature reviews on nursing and healthcare ageism. *J Clin Nurs*. 2017;26(23-24):3881–92. <https://doi.org/10.1111/jocn.13803>.
6. Rush KL, Hickey S, Epp S, Janke R. Nurses' attitudes towards older people care: an integrative review. *J Clin Nurs*. 2017;26(23-24):4105–16. <https://doi.org/10.1111/jocn.13939>.
7. Bodner E, Palgi Y, Wyman MF. Ageism in mental health assessment and treatment of older adults. In: Ayalon L, Tesch-Römer C, editors. *Contemporary perspectives on ageism*. Cham: Springer; 2018:241–62 (https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-319-73820-8_15, accessed 15 October 2020).
8. Spasova S, Baeten R, Coster S, Ghailani D, Peña-Casas R, Vanhercke B. Challenges in long term care in Europe: a study of national policies 2018. Brussels: European Commission; 2018 (<https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=738&langId=en&pubId=8128&furtherPubs=yes>, accessed 15 October 2020).
9. Lagacé M, Tanguay A, Lavallée M-L, Laplante J, Robichaud S. The silent impact of ageist communication in long term care facilities: elders' perspectives on quality of life and coping strategies. *J Aging Stud*. 2012;26(3):335–42. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2012.03.002>.
10. Band-Winterstein T. Health care provision for older persons: the interplay between ageism and elder neglect. *J Appl Gerontol*. 2015;34(3):Np113–27. <https://doi.org/10.1177/0733464812475308>.
11. A human rights perspective on aged care: submission to the Royal Commission into Aged Care Quality and Safety. Sydney: Australian Human Rights Commission; 2019 (<https://agedcare.royalcommission.gov.au/system/files/2020-06/AWF.500.00267.0002.pdf>, accessed 15 October 2020).
12. Bouman WP, Arcelus J. Are psychiatrists guilty of "ageism" when it comes to taking a sexual history? *Int J Geriatr Psychiatry*. 2001;16(1):27–31. [https://doi.org/10.1002/1099-1166\(200101\)16:1<27::Aid-gps267>3.0.Co;2-s](https://doi.org/10.1002/1099-1166(200101)16:1<27::Aid-gps267>3.0.Co;2-s).
13. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 – 11 March 2020. In: World Health Organization [website]. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>).
14. COVID-19 data: effects of COVID-19 across the life course. In: World Health Organization, Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health and Ageing data portal [website]. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/data/maternal-newborn-child-adolescent-ageing/covid-19-data>, accessed 16 June 2020).
15. Weekly epidemiological update – 3 November 2020. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update---3-november-2020>, accessed 4 November 2020).
16. Zheng Z, Peng F, Xu B, Zhao J, Liu H, Peng J, et al. Risk factors of critical & mortal COVID-19 cases: a systematic literature review and meta-analysis. *J Infect*. 2020;81:e16–25. <https://doi.org/10.1016/j.jinf.2020.04.021>.
17. Sanyaolu A, Okorie C, Marinkovic A, Patidar R, Younis K, Desai P, et al. Comorbidity and its impact on patients with COVID-19. *SN Compr Clin Med*. 2020;2:1069–76. <https://doi.org/10.1007/s42399-020-00363-4>.
18. Suarez-Gonzalez A, Matias-Guiu JA, Comas-Herrera A. Impact and mortality of the first wave of COVID-19 on people living with dementia in Spain. In: International Long-Term Care Policy Network [website]. London: London School of Economics and Political Science; 2020 (<https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/08/Impact-of-COVID-19-on-people-living-with-dementia-in-Spain-10-August.pdf>, accessed 13 October 2020).
19. Lessons to be drawn from the ravages of the COVID-19 pandemic in long-term care facilities. In: Council of Europe [website]. Strasbourg: Council of Europe, Commissioner for Human Rights; 2020 (https://www.coe.int/en/web/commissioner/news-2020/-/asset_publisher/Arb4fRK3o8Cf/content/lessons-to-be-drawn-from-the-ravages-of-the-covid-19-pandemic-in-long-term-care-facilities?inheritRedirect=false, accessed 14 October 2020).
20. Joeleges S, Biller-Andorno N. Ethics guidelines on COVID-19 triage – an emerging international consensus. *Crit Care Med*. 2020;24:201. <https://doi.org/10.1186/s13054-020-02927-1>.
21. Sprung CL, Danis M, Iapichino G, Artigas A, Kesecioglu J, Moreno R, et al. Triage of intensive care patients: identifying agreement and controversy. *Intensive Care Med*. 2013;39:1916–24. <https://doi.org/10.1007/s00134-013-3033-6>.
22. Ethics and COVID-19: resource allocation and priority-setting. Geneva: World Health Organization; 2020 (WHO-RFH-20.2; <https://www.who.int/ethics/publications/ethics-and-covid-19-resource-allocation-and-priority-setting/en/>, accessed 13 October 2020).
23. Paton C. Coronavirus UK: elderly to be isolated for four months as part of COVID-19 plans. In: The National [website]. Abu Dhabi; The National; 2020 (<https://www.thenationalnews.com/world/europe/coronavirus-uk-elderly-to-be-isolated-for-four-months-as-part-of-covid-19-plans-1.992514>, accessed 13 October 2020).
24. Cerimovic E, Wurth M, Brown B. Bosnia and Herzegovina's coronavirus curbs on children and older people are ill-conceived. In: Balkan Insight [website]. Sarajevo: Balkan Investigative Reporting Network; 2020 (<https://balkaninsight.com/2020/04/02/bosnia-and-herzegovinas-coronavirus-curbs-on-children-and-older-people-are-ill-conceived/>, accessed 13 October 2020).
25. So L, Tanfani J, Cocks T, Kelly T. Coronavirus spreads fear, isolation, death to elderly worldwide. In: Reuters, Healthcare and Pharma [website]. London: Thomson Reuters; 2020 (<https://www.reuters.com/article/us-health-coronavirus-elderly-insight/coronavirus-spreads-fear-isolation-death-to-elderly-worldwide-idUSKBN2172N8>, accessed 13 October 2020).
26. Vasovic A. Serbia imposes night curfew, orders elderly indoors. In: Reuters, Transportation [website]. London: Thomson Reuters; 2020 (<https://www.reuters.com/article/us-health-coronavirus-serbia/serbia-imposes-night-curfew-orders-elderly-indoors-idUSKBN2143XR>, accessed 13 October 2020).

27. Jackson J. UN chief: discrimination of older people during pandemic must stop. In: Sierra Leone Times [website]. Sydney: Sierra Leone Times; 2020 (<https://www.sierraleonetimes.com/news/264911308/un-chief-discrimination-of-older-people-during-pandemic-must-stop>, accessed 13 October 2020).
28. Subingsubing K. LRT, MRT ban for elderly, moms-to-be under GCQ. In: Philippine Daily Inquirer [website]. Manila: Inquirer.net; 2020 (<https://newsinfo.inquirer.net/1271069/lrt-mrt-ban-for-elderly-moms-to-be-under-gcq>, accessed 13 October 2020).
29. Pfefferbaum B, North CS. Mental health and the COVID-19 pandemic. *New Engl J Med*. 2020;383:510–12. <https://doi.org/10.1056/NEJMp2008017>.
30. Steinman MA, Perry L, Perissinotto CM. Meeting the care needs of older adults isolated at home during the COVID-19 pandemic. *JAMA Intern Med*. 2020;180:819–20. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2020.1661>.
31. Tyrrell CJ, Williams KN. The paradox of social distancing: implications for older adults in the context of COVID-19. *Psychol Trauma*. 2020;12:S214. <https://doi.org/10.1037/tra0000845>.
32. Gardner W, States D, Bagley N. The coronavirus and the risks to the elderly in long-term care. *J Aging Soc Policy*. 2020;32:310–5. <https://doi.org/10.1080/08959420.2020.1750543>.
33. Bradbury-Jones C, Isham L. The pandemic paradox: the consequences of COVID-19 on domestic violence. *J Clin Nurs*. 2020;29:2047–9. <https://doi.org/10.1111/jocn.15296>.
34. Makaroun LK, Bachrach RL, Rosland A-M. Elder abuse in the time of COVID-19—increased risks for older adults and their caregivers. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2020;28:876–80. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2020.05.017>.
35. Fraser S, Lagacé M, Bongué B, Ndeye N, Guyot J, Bechard L, et al. Ageism and COVID-19: what does our society's response say about us?, *Age Ageing*. 2020;49:692–5. <https://doi.org/10.1093/ageing/afaa097>.
36. Le Couteur DG, Anderson RM, Newman AB. COVID-19 through the lens of gerontology. *J Gerontol A*. 2020;75:e119–20. <https://doi.org/10.1093/gerona/glaa077>.
37. Jimenez-Sotomayor MR, Gomez-Moreno C, Soto-Perez-de-Celis E. Coronavirus, ageism, and Twitter: an evaluation of tweets about older adults and COVID-19. *J Am Geriatr Soc*. 2020;68:1661–5. <https://doi.org/10.1111/jgs.16508>.
38. Xi W, Xu W, Ayalon L, Zhang X. A thematic analysis of Weibo topics (Chinese Twitter hashtag) regarding older adults during the COVID-19 outbreak. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2020;2020:gbaa148. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa148>.
39. Bravo-Segal S, Villar F. La representación de los mayores en los medios durante la pandemia COVID-19: ¿hacia un refuerzo del edadismo? [Older people representation on the media during COVID-19 pandemic: a reinforcement of ageism?] *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2020;55:266–71. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2020.06.002>.
40. Pillemer K, Subramanian L, Hupert N. The importance of long-term care populations in models of COVID-19. *JAMA*. 2020;324:25–6. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.9540>.
41. Kraków dla seniora [Kraków for a senior]. Krakow: Krakow City Hall; 2020 (<https://dlaseniara.krakow.pl/>, accessed 15 October 2020).
42. Vlaamse Ouderenraad. Kopzorgen verdienen zorg [Campaign for the psychological well-being of older people]. Brussels: Vlaamse Ouderenraad; 2020 (<https://kopzorgen.be/>, accessed 28 October 2020).
43. Getting started KIT. In: Age Action Ireland [website]. Dublin: Age Action Ireland; 2020 (<https://www.ageaction.ie/how-we-can-help/getting-started-kit>, accessed 15 October 2020).
44. Bal AC, Reiss AE, Rudolph CW, Baltes BB. Examining positive and negative perceptions of older workers: a meta-analysis. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2011;66(6):687–98. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbr056>.
45. Harris K, Krygsman S, Waschenko J, Laliberte Rudman D. Ageism and the older worker: a scoping review. *Gerontologist*. 2018;58(2):e1–14. <https://doi.org/10.1093/geront/gnw194>.
46. Posthuma RA, Campion MA. Age stereotypes in the workplace: common stereotypes, moderators, and future research directions. *J Manag*. 2009;35(1):158–88. <https://doi.org/10.1177/0149206308318617>.
47. Truxillo DM, Finkelstein LM, Pytlovany AC, Jenkins JS. Age discrimination at work: a review of the research and recommendations for the future. In: Colella A, King E, editors. *The Oxford handbook of workplace discrimination*. New York: Oxford University Press; 2018:129–42. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199363643.013.10>.
48. de la Fuente-Núñez V, Schwartz E, Roy S, Ayalon L. A scoping review on ageism against younger populations. Unpublished.
49. Albert R, Escot L, Fernandez-Cornejo JA. A field experiment to study sex and age discrimination in the Madrid labour market. *Int J Hum Resour Manag*. 2011;22(2):351–75. <https://doi.org/10.1080/09585192.2011.540160>.
50. Daniel K, Heywood JS. The determinants of hiring older workers: UK evidence. *Labour Econ*. 2007;14(1):35–51. <https://doi.org/10.1016/j.labeco.2005.05.009>.
51. Malul M. Older workers' employment in dynamic technology changes. *J Behav Exp Econ*. 2009;38(5):809–13. <https://doi.org/10.1016/j.socec.2009.05.005>.
52. European Union Directorate General for Communication. Special Eurobarometer 437: discrimination in the EU in 2015 [online database]. Brussels: European Commission; 2015 (https://data.europa.eu/euodp/en/data/dataset/S2077_83_4_437_ENG, accessed 15 October 2020).
53. Kluge A, Krings F. Attitudes toward older workers and human resource practices. *Swiss J Psychol*. 2008;67(1):61–4. <https://doi.org/10.1024/1421-0185.67.1.61>.
54. Abuladze L, Perek-Białas J. Measures of ageism in the labour market in international social studies. In: Ayalon L, Tesch-Römer C, editors. *Contemporary perspectives on ageism*. Cham: Springer; 2018:461–91 (https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-319-73820-8_28, accessed 15 October 2020).
55. Gaillard M, Desmette D. (In)validating stereotypes about older workers influences their intentions to retire early and to learn and develop. *Basic Appl Soc Psychol*. 2010;32(1):86–98. <https://doi.org/10.1080/01973530903435763>.
56. Appel M, Weber S. Do mass mediated stereotypes harm members of negatively stereotyped groups? A meta-analytical review on media-generated stereotype threat and stereotype lift. *Commun Res*. 2017; 2017. <https://doi.org/10.1177/009365021771554>.
57. Bai X. Images of ageing in society: a literature review. *J Popul Ageing*. 2014;7(3):231–53. <https://doi.org/10.1007/s12062-014-9103-x>.
58. Loos E, Ivan L. Visual ageism in the media. In: Ayalon L, Tesch-Römer C, editors. *Contemporary perspectives on ageism*. Cham: Springer; 2018:163–76 (https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-319-73820-8_11, accessed 15 October 2020).
59. Ylänne V. Representations of ageing in the media. In: Twigg J, Martin W, editors. *Routledge Handbook of Cultural Gerontology*. Routledge: London, UK; 2015. p. 369-75.
60. Zebrowitz LA, Montepare JM. "Too young, too old": stigmatizing adolescents and elders. In: Heatherton TF, Kleck RE, Hebl MR, Hull JG, editors. *The social psychology of stigma*. New York: Guilford Press; 2000:334–73.

61. Kessler EM, Rakoczy K, Staudinger UM. The portrayal of older people in prime time television series: the match with gerontological evidence. *Ageing Soc.* 2004;24(4):531–52. <https://doi.org/10.1017/S0144686x04002338>.
62. Makita M, Mas-Bleda A, Stuart E, Thelwall M. Ageing, old age and older adults: a social media analysis of dominant topics and discourses. *Ageing Soc.* 2019;2019:1–26. <https://doi.org/10.1017/S0144686X19001016>.
63. Gendron TL, Welleford EA, Inker J, White JT. The language of ageism: why we need to use words carefully. *Gerontologist.* 2016;56(6):997–1006. <https://doi.org/10.1093/geront/gnv066>.
64. Levy BR, Chung PH, Bedford T, Navrazhina K. Facebook as a site for negative age stereotypes. *Gerontologist.* 2014;54(2):172–6. <https://doi.org/10.1093/geront/gns194>.
65. Gibb H, Holroyd E. Images of old age in the Hong Kong print media. *Ageing Soc.* 1996;16(2):151–75 <https://doi.org/10.1017/S0144686x00003275>.
66. Cheng H, Schweitzer JC. Cultural values reflected in Chinese and US television commercials. *J Advert Res.* 1996;36(3):27–44.
67. Lin CA. Cultural values reflected in Chinese and American television advertising. *J Advert.* 2001;30(4):83–94. <https://doi.org/10.1080/00913367.2001.10673653>.
68. Lee O, Kim BC, Han S. The portrayal of older people in television advertisements: a cross cultural content analysis of the United States and South Korea. *Int J Aging Hum Dev.* 2006;63(4):279–97 <https://doi.org/10.2190/ELLG-JELY-UCCY-4L8M>.
69. Prieler M, Kohlbacher F, Hagiwara S, Arima A. The representation of older people in television advertisements and social change: the case of Japan. *Ageing Soc.* 2015;35(4):865–87. <https://doi.org/10.1017/S0144686X1400004X>.
70. Fayehun O, Adebayo K, Gbadamosi O. The media, informal learning and ageism in Ibadan, Nigeria. *Niger J Sociol Anthropol.* 2005;12(7):134–4.
71. Anderson H, Daniels M. Film dialogue from 2,000 screenplays, broken down by gender and age. In: The Pudding [website]. New York: The Pudding (<https://pudding.cool/2017/03/film-dialogue/index.html>, accessed 15 October 2020).
72. Vasil L, Wass H. Portrayal of the elderly in the media – a literature-review and implications for educational gerontologists. *Educ Gerontol.* 1993;19(1):71–85. <https://doi.org/10.1080/0360127930190107>.
73. Harwood J, Roy A. Social identity theory and mass communication research. In: Harwood J, Giles H, editors. *Intergroup communication: multiple perspectives.* Bern: Peter Lang; 2005:189–211.
74. Katvan E, Doron I, Ashkenazi T, Boas H, Carmiel-Haggai M, Elhalel MD, et al. Age limitation for organ transplantation: the Israeli example. *Age Ageing.* 2017;46(1):8–10. <https://doi.org/10.1093/ageing/afw162>.
75. Doron I, Georgantzi N. Introduction: between law, ageing and ageism. In: Doron I, Georgantzi N, editors. *Ageing, ageism and the law: European perspectives on the rights of older persons.* Cheltenham (England): Edward Elgar Publishing; 2018:1–13.
76. Doron I, Numhauser-Henning A, Spanier B, Georgantzi N, Mantavani E. Ageism and anti-ageism in the legal system: a review of key themes. In: Ayalon L, Tesch-Römer, editors. *Contemporary perspectives on ageism.* Cham: Springer; 2018:303–20 (https://doi.org/10.1007/978-3-319-73820-8_19, accessed 15 October 2020).
77. Ohayon-Glicksman H. Grey divorce: the divorce experience of older women under Israeli family law. Haifa: University of Haifa; 2018.
78. Ontzik-Heilburn I, Or-Chen K. [Approach to elderly clients among lawyers in Israel: attitude towards the elderly and knowledge concerning the elderly among lawyers]. *Gerontol Geriatr.* 2014;41(3):31–49 (in Hebrew).
79. Mueller-Johnson K, Toglia MP, Sweeney CD, Ceci SJ. The perceived credibility of older adults as witnesses and its relation to ageism. *Behav Sci Law.* 2007;25(3):355–75. <https://doi.org/10.1002/bsl.765>.
80. Spencer C. Ageism and the law: emerging concepts and practices in housing and health. Toronto, ON: Law Commission of Ontario; 2009 (<https://www.lco-cdo.org/wp-content/uploads/2014/01/older-adults-commissioned-paper-spencer.pdf>, accessed 15 October 2020).
81. Nakagawa M. Why is there discrimination against the elderly? Experimental and empirical analyses for the rental housing market in Japan. Osaka: The Institute of Social and Economic Research, Osaka University; 2003 (Discussion paper No. 578; <https://www.iser.osaka.u.ac.jp/library/dp/2003/DP0578.pdf>, accessed 15 October 2020).
82. Home and dry: the need for decent homes in later life. London: Centre for Ageing Better; 2020 (<https://www.ageing-better.org.uk/sites/default/files/2020-03/Home-and-dry-report.pdf>, accessed 15 October 2020).
83. Cutler SJ. Ageism and technology. *Generations.* 2005;29(3):67–72.
84. Mannheim I, Schwartz E, Xi W, Buttigieg SC, McDonnell-Naughton M, Wouters EJM, et al. Inclusion of older adults in the research and design of digital technology. *Int J Environ Res Public Health.* 2019;16(19):3718. <https://doi.org/10.3390/ijerph16193718>.
85. McDonough C. The effect of ageism on the digital divide among older adults. *J Gerontol Geriatr Med.* 2016;2:1–7. <https://doi.org/10.24966/GGM-8662/100008>.
86. Randel J, German T, Ewing D, editors. *The ageing and development report: poverty, independence and the world's older people.* London: Routledge; 1999.
87. *Ageing in the twenty-first century: a celebration and a challenge.* New York/London: United Nations Population Fund, HelpAge International; 2012 (<https://www.unfpa.org/publications/ageing-twenty-first-century>, accessed 15 October 2020).
88. Migliaccio JN. The ageism within and how to counter it. *J Financ Serv Prof.* 2019;73(2):26–31.
89. Timmermann S. How do we (and our clients) feel about getting older? It's time to reframe aging. *J Financ Serv Prof.* 2017;71(5):36–39.
90. McLoughlin V, Stern S. Ageing population and financial services. London: Financial Conduct Authority; 2017 (Occasional paper 31; <https://www.fca.org.uk/publication/occasional-papers/occasional-paper-31.pdf>, accessed 15 October 2020).
91. Hejny H. Age discrimination in financial services: the United Kingdom case. *E-Journal Int Comp Labour Stud.* 2016;5(3):1–21. <http://arro.anglia.ac.uk/id/eprint/701118>.
92. Duault LA, Brown L, Fried L. The elderly: an invisible population in humanitarian aid. *Lancet Public Health.* 2018;3(1):e14. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(17\)30232-3](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30232-3).
93. Leave no one behind: developing climate-smart/disaster risk management laws that protect people in vulnerable situations for a comprehensive implementation of the UN Agenda 2030. Geneva: International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies; 2020 (<https://media.ifrc.org/ifrc/what-we-do/disaster-law/leave-no-one-behind/>, accessed 4 March 2020).
94. Shami H, Skinner M. End the neglect: a study of humanitarian financing for older people. London: HelpAge International; 2016 (<https://www.helpage.org/silo/files/end-the-neglect-a-study-of-humanitarian-financing-for-older-people.pdf>, accessed 15 October 2020).
95. Karunakara U, Stevenson F. Ending neglect of older people in the response to humanitarian emergencies. *PLOS Med.* 2012;9(12):e1001357. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001357>.

96. Older persons in emergencies: an active ageing perspective. Geneva: World Health Organization; 2008 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/43909>, accessed 15 October 2020).
97. Older people in emergencies: considerations for action and policy development. Geneva: World Health Organization; 2008 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/43817>, accessed 15 October 2020).
98. Measure what you treasure: ageism in statistics. New York: United Nations Population Fund; 2020.
99. Lloyd-Sherlock PG, Ebrahim S, McKee M, Prince MJ. Institutional ageism in global health policy. *BMJ*. 2016;354:i4514. <https://doi.org/10.1136/bmj.i4514>.
100. Whitbourne SK, Montepare JM. What's holding us back? Ageism in higher education. In: Nelson T, editor. *Ageism: stereotyping and prejudice against older persons* Cambridge (MA): MIT Press; 2017:263–90.
101. DiSilvestro FR. Continuing higher education and older adults: a growing challenge and golden opportunity. *New Dir Adult Contin Educ*. 2013;140:79–87. <https://doi.org/10.1002/ace.20076>.
102. Officer A, Thiyagarajan JA, Schneiders ML, Nash P, de la Fuente-Núñez V. Ageism, healthy life expectancy and population ageing: how are they related? *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(9):3159. <https://doi.org/10.3390/ijerph17093159>.
103. Classifying countries by income. In: *The World Bank* [website]. Washington (DC): World Bank; 2019 (<https://datatopics.worldbank.org/world-development-indicators/stories/the-classification-of-countries-by-income.html>, accessed 21 January 2020).
104. North MS, Fiske ST. Modern attitudes toward older adults in the aging world: a cross-cultural meta-analysis. *Psychol Bull*. 2015;141(5):993–1021. <https://doi.org/10.1037/a0039469>.
105. Lockenhoff CE, De Fruyt F, Terracciano A, McCrae RR, De Bolle M, Costa PT Jr, et al. Perceptions of aging across 26 cultures and their culture-level associates. *Psychol Aging*. 2009;24(4):941–54. <https://doi.org/10.1037/a0016901>.
106. Ayalon L, Dolberg P, Mikulioniene S, Perek-Bialas J, Rapoliene G, Stypinska J, et al. A systematic review of existing ageism scales. *Ageing Res Rev*. 2019;54:100919. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2019.100919>.
107. Ibrahim CN, Bayen UJ. Attitudes toward aging and older adults in Arab culture: a literature review. *Z Gerontol Geriatr*. 2019;52:180–7. <https://doi.org/10.1007/s00391-019-01554-y>.
108. Ng R, Allore HG, Trentalange M, Monin JK, Levy BR. Increasing negativity of age stereotypes across 200 years: evidence from a database of 400 million words. *PLOS ONE*. 2015;10(2):e0117086. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0117086>.
109. Mason SE, Kuntz CV, McGill CM. Oldsters and Ngrams: age stereotypes across time. *Psychol Rep*. 2015;116(1):324–9. <https://doi.org/10.2466/17.10.PRO.116k17w6>.
110. Fisher RJ. Social desirability bias and the validity of indirect questioning. *J Consum Res*. 1993;20(2):303–15. <https://doi.org/10.1086/209351>.
111. Abrams D, Russell PS, Vauclair CM, Swift H. Ageism in Europe: findings from the European Social Survey. London: Age UK; 2011 (https://www.ageuk.org.uk/Documents/EN-GB/For-professionals/ageism_across_europe_report_interactive.pdf?dtrk=true, accessed 15 October 2020).
112. Rychtaříková J. Perception of population ageing and age discrimination across EU countries. *Popul Econ*. 2019;3:1. <https://doi.org/10.3897/popecon.3.e49760>.
113. de Souza Braga L, Caiaffa WT, Ceolin APR, De Andrade FB, Lima-Costa MF. Perceived discrimination among older adults living in urban and rural areas in Brazil: a national study (ELSI-Brazil). *BMC Geriatr*. 2019;19(1):67. <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1076-4>.
114. Chilimampungu C, Thindwa G. The extent and nature of witchcraft-based violence against children, women and the elderly in Malawi. Lilongwe: Royal Norwegian Embassy; 2012 (<http://www.whrin.org/wp-content/uploads/2014/06/Witchcraft-report-ASH.pdf>, accessed 15 October 2020).
115. Ude PU, Njoku OC. Widowhood practices and impacts on women in sub-Saharan Africa: an empowerment perspective. *Int Soc Work*. 2017;60(6):1512–22. <https://doi.org/10.1177/0020872817695384>.
116. Empowering widows: an overview of policies and programmes in India, Nepal and Sri Lanka. New York: UN Women; 2014 (<https://asiapacific.unwomen.org/en/digital-library/publications/2015/09/empowering-widows#view>, accessed 15 October 2020).
117. Eboiyehi FA. Convicted without evidence: elderly women and witchcraft accusations in contemporary Nigeria. *J Int Women's Stud*. 2017;18(4):247–65. <https://vc.bridgew.edu/jiws/vol18/iss4/18/>.
118. Harma RF. World widows report: a critical issue for the Sustainable Development Goals. London: The Loomba Foundation; 2016 (<https://www.theloombafoundation.org/sites/default/files/2019-06/WWR.pdf>, accessed 15 October 2020).
119. Slep B. Violence against older women: tackling witchcraft accusations in Tanzania. In *HelpAge International* [website]. London: HelpAge International; 2011 (<https://www.helpage.org/search/?keywords=tackling+witchcraft+accusations+in+Tanzania>, accessed 15 October 2020).
120. Discrimination against older women in Burkina Faso. London: Help Age International 2010 (https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CEDAW/Shared%20Documents/BFA/INT_CEDAW_NGO_BFA_47_8112_E.pdf, accessed 15 October 2020).
121. Igwe L. Fighting witchcraft accusations in Africa. In: James Randi Educational Foundation (blog). Fort Lauderdale (FL): James Randi Educational Foundation; 2011 (<http://archive.randi.org/site/index.php/swift-blog/1500-fighting-witchcraft-accusations-in-africa.html>, accessed 15 October 2020).
122. Campos ID, Stripling AM, Heesacker M. "Estoy viejo" [I'm old]: internalized ageism as self referential, negative, ageist speech in the Republic of Panama. *J Cross Cult Gerontol*. 2012;27(4):373–90. <https://doi.org/10.1007/s10823-012-9181-2>.
123. Wurm S, Wolff JK, Schuz B. Primary care supply moderates the impact of diseases on self perceptions of aging. *Psychol Aging*. 2014;29(2):351–8. <https://doi.org/10.1037/a0036248>.
124. Kim ES, Moored KD, Giasson HL, Smith J. Satisfaction with aging and use of preventive health services. *Prev Med*. 2014;69:176–80. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2014.09.008>.
125. Kleinspehn-Ammerlahn A, Kotter-Grühn D, Smith J. Self-perceptions of aging: do subjective age and satisfaction with aging change during old age? *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2008;63(6):P377–85. <https://doi.org/10.1093/geronb/63.6.p377>.
126. Sun JK, Kim ES, Smith J. Positive self-perceptions of aging and lower rate of overnight hospitalization in the US population over age 50. *Psychosom Med*. 2017;79(1):81–90. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000364>.
127. Kwak M, Ingersoll-Dayton B, Burgard S. Receipt of care and depressive symptoms in later life: the importance of self-perceptions of aging. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2014;69(2):325–35. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbt128>.



GERTRUDE, 60,
QUÊNIA

03

O IMPACTO DO IDADISMO CONTRA AS PESSOAS IDOSAS

“ O ensino está no meu sangue. Não é à toa que me senti arrasada quando o Governo me disse, aos 50, que eu precisava parar de trabalhar. Me disseram que eu estava velha e que precisava deixar os jovens ensinarem. Fiquei amargurada e brava. ”

Gertrude, 60, Quênia
© Malik Alymkulov/ HelpAge International

O idadismo encurta vidas, piora a saúde física e os comportamentos alimentares, impede a recuperação de incapacidades, leva à deterioração da saúde mental, exacerba o isolamento social e a solidão e piora a qualidade de vida.

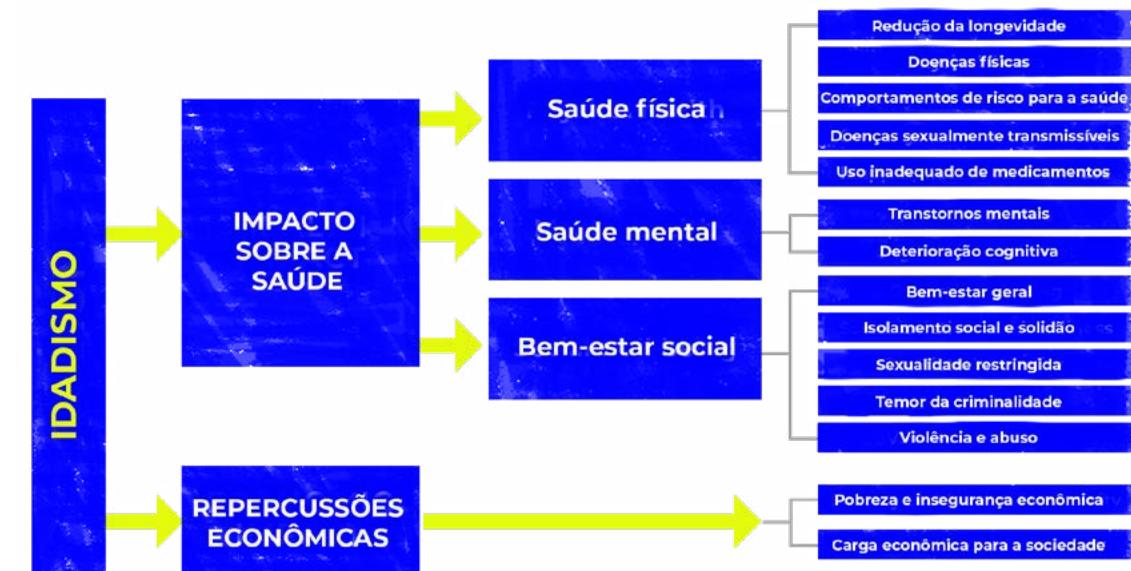
O idadismo tem impacto econômico pesado sobre os indivíduos e a sociedade, contribuindo para a insegurança financeira e a pobreza e custando milhões de dólares à sociedade.

3.1 O IMPACTO DO IDADISMO NA SAÚDE

O idadismo tem impacto sério sobre todos os aspectos da saúde, que é definida pela OMS como um estado de pleno bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doenças ou enfermidades (1) (ver Fig. 3.1). Portanto, o idadismo constitui um importante determinante social da saúde, que até o momento tem sido negligenciado. Seu impacto sobre a saúde é tão prejudicial quanto o racismo, se não for pior-uma forma de preconceito e discriminação cujas consequências para saúde têm sido amplamente estudadas (2).

Uma revisão sistemática global dos impactos do idadismo sobre a saúde, encomendada para este relatório e que incluiu 422 estudos de 45 países, constatou que em 405 (96%) estudos o idadismo foi associado com os piores resultados em todas as áreas da saúde avaliadas (2) (ver Quadro 3.1). A associação entre o idadismo e os desfechos de saúde foi mais forte para o idadismo autodirigido. Os efeitos do idadismo sobre a saúde são vistos em todo o mundo, têm aumentado com o tempo e a maior probabilidade é que venham impactar os grupos desfavorecidos. Além disso, as pessoas idosas com menor escolaridade têm maior probabilidade de vivenciarem as consequências que o idadismo tem sobre a saúde. A análise constatou que o idadismo teve impacto sobre a saúde em todos

Fig. 3.1. O impacto do idadismo sobre as pessoas idosas



os 45 países e em todas as áreas (2). Porém, dos 422 estudos incluídos, 78,2% foram realizados na América do Norte ou na Europa, e somente um foi conduzido na África.

De acordo com outros estudos recentes (3-5), muitas das consequências para a saúde encontradas na revisão sistemática e causadas pelo idadismo parecem ter aumentado. Isso pode estar associado com períodos de contração econômica, visto que a pesquisa revelou que as crises financeiras levam ao aumento do preconceito e da discriminação (2, 6, 7). Apesar de, em geral, as evidências envolvendo os profissionais da saúde serem inconclusivas, conforme mostra o Capítulo 2, é possível que o idadismo esteja aumentando, talvez em decorrência do crescente número de atribuições impostas aos trabalhadores da saúde (2).

3.1.1 Impacto do idadismo sobre a saúde física

O idadismo está associado com a morte precoce (2). Esta constatação foi uniforme nos 10 estudos que examinaram este desfecho

na Austrália, na China, na Alemanha e nos Estados Unidos (9-17). Na China, pesquisadores descobriram que as pessoas idosas propensas ao idadismo contra si próprio apresentaram uma probabilidade quase 20% maior de morrer durante o período de seis anos do estudo do que as pessoas com percepções mais positivas sobre si mesmas (17).

O idadismo está associado com pior saúde física, e isso impede que a pessoa se recupere de um evento incapacitante. Dos 52 estudos que investigaram o impacto do idadismo sobre as doenças físicas, 50 (96%) encontraram vínculos (2). As doenças físicas foram medidas em função da deficiência funcional, a presença de afecções crônicas e o número de eventos médicos agudos e hospitalizações. Por exemplo, em um estudo em Connecticut, EUA, as pessoas de idade que tinham estereótipos de idade positivos apresentaram uma probabilidade 44% maior de se recuperarem plenamente de uma incapacidade severa do que as que apresentavam estereótipos etários negativos (18).

Quadro 3.1

Oportunidades de pesquisa sobre o impacto do idadismo sobre as pessoas idosas

A revisão sistemática encomendada para produzir este relatório sobre o impacto do idadismo nas pessoas idosas marca um grande avanço no sentido de melhorar a qualidade da pesquisa nesta área (2). Ela foi conduzida de acordo com as diretrizes dos Itens de Notificação Preferencial para Revisões Sistemáticas e Metanálises (PRISMA) (8), com base em uma busca efetuada em 14 bases de dados eletrônicas, e incluiu apenas estudos que usaram delineamentos experimentais adequados, tendo a qualidade dos estudos sido meticulosamente avaliada. Além disso, a revisão efetuou análises de sensibilidade - por vezes chamada de "E se" - e demonstrou que os resultados teriam sido os mesmos caso todos os estudos tivessem apresentado qualidade superior ou incluído um número maior de participantes.

Essa análise não pôde calcular a força da associação entre o idadismo e seus efeitos. Para isso, os estudos teriam que usar definições mais padronizadas e comparáveis e medir esses efeitos. O cálculo da força da associação entre o idadismo e seus impactos, e a demonstração mais clara de que o idadismo é de fato a causa desses impactos, em vez de simplesmente estar associado a eles, são áreas nas quais estudos futuros e análises devem se ater. Esse último forneceria informações sobre a importância relativa dos diferentes impactos do idadismo, enquanto aquele aumentaria nossa confiança de que as relações entre o idadismo e seus supostos efeitos são reais. Os estudos futuros talvez possam tentar estimar também a fração do idadismo atribuível à população no nível de países, regiões e mundo. A fração atribuível à população é a redução proporcional no índice de doença ou de mortalidade na população que ocorreria caso a exposição a um fator de risco - idadismo neste caso - fosse reduzida. Isso nos permitiria dizer, por exemplo, que se o idadismo fosse reduzido em X%, a longevidade teria um aumento de Y%.

O idadismo aumenta os comportamentos de risco à saúde. Em todos os 13 estudos sobre esse tema (2), as pessoas que vivenciaram idadismo tiveram maior probabilidade de adotar comportamentos de risco à saúde, deixando de tomar seus medicamentos da forma como prescritos, usando excesso de bebidas alcoólicas ou praticando tabagismo, ou alguma combinação desses malefícios. Na Irlanda, um estudo com pessoas idosas, que examinou a relação entre o idadismo contra

si mesmo e uso de cigarros e bebidas alcoólicas mostrou que a maior conscientização sobre o envelhecimento e sobre as reações emocionais mais fortes em relação a esse aumentaram a probabilidade de fumar (19).

O idadismo contribui para a piora da saúde sexual e reprodutiva e está associado a um aumento nas taxas de doenças sexualmente transmissíveis (DST). Em todo o mundo, as pesquisas epidemiológicas indicam que as

taxas das DST têm aumentado em pessoas idosas, e que o idadismo tem algo a ver com isso (20-22).

As pessoas idosas correm maior risco de contraírem DST devido à falta de informações e de campanhas voltadas para esse público. Além disso, é menos provável que as pessoas idosas busquem diagnóstico e tratamento por haver poucas informações sobre as DST, falta de serviços de saúde sexual para pessoas idosas e temor de se deparar com atitudes idadistas em relação à sua sexualidade (21).

A exclusão de pessoas idosas dos dados de vigilância e das pesquisas sobre as DST também pode ter contribuído para o aumento dessas doenças nessa população ao reduzir a conscientização sobre o risco das DST entre as pessoas idosas (21, 22).

Por exemplo, em 2016, na China, 15,8% de todos os casos de DST em homens e 9,8% em mulheres ocorreram em pessoas de 50 anos de idade ou mais, e aproximadamente 10% dos novos casos ocorreram em pessoas de 65 anos de idade ou mais (23, 24).

Em Botsuana, o país com a segunda maior prevalência de infecção pelo HIV no mundo, a taxa de prevalência da infecção em homens idosos cresceu de 17,2% em 2004 para 27,8% em 2013 e nas mulheres idosas passou de 16,3% em 2004 para 21,9% em 2013 (20).

Tanto o idadismo interpessoal como o institucional podem contribuir para o uso inadequado de medicamentos, inclusive a receita de prescrição médica indevida, polifarmácia e não adesão à medicação, sendo que todos podem ter consequências graves.

Às vezes há falta de informações sobre a eficácia e o perfil de segurança dos medicamentos para pessoas idosas pelo fato de os ensaios clínicos específicos necessários

para determinada idade não terem sido realizados: esta é uma forma de idadismo institucional que pode resultar em prescrição inapropriada e polifarmácia (25-27). A deficiência na coordenação da atenção às pessoas idosas, a ineficácia na comunicação e a má orientação desse grupo quanto aos medicamentos são formas de idadismo institucional e interpessoal que podem levar o paciente a não aderir à medicação (28-30).

Cerca de 25% dos pacientes dos 70 aos 79 anos de idade sofrem de reações adversas, comparado com aproximadamente 4% das pessoas com idade entre 20 e 29 anos. Isso se dá, em grande parte, à prescrição inadequada dos medicamentos (25, 31, 32).

A polifarmácia, que é generalizada entre as pessoas idosas, produz uma série de consequências negativas: aumento nos custos de assistência à saúde, reações adversas aos medicamentos, redução da capacidade intrínseca e maior ocorrência de síndromes geriátricas, como de quedas (28, 33).

Mais de 10% das admissões de pessoas idosas a hospitais em decorrência de problemas agudos pode ser causada pela falta de adesão aos regimes medicamentosos (34), e um quarto das internações em casas de repouso podem ser decorrentes da incapacidade das pessoas idosas se automedicarem (35).

3.1.2 O impacto do idadismo na saúde mental

O idadismo também está associado à deterioração da saúde mental. Cerca de 96% (42/44) dos estudos (2) que examinaram a relação entre o idadismo e a saúde mental encontraram evidências de que idadismo influenciou nas condições psiquiátricas. Em 16 estudos, o idadismo foi associado ao surgimento da depressão, sendo que com o tempo, houve um aumento nas síndromes depressivas e na depressão permanente. Quando veteranos

idosos americanos resistiram aos estereótipos negativos de idade, verificou-se que eles ficaram menos propensos a ter ideação suicida, ansiedade e transtornos de estresse pós-traumático (36).

Com base nos valores de 2015, calcula-se que em todo o mundo cerca de 6,33 milhões de casos de depressão estejam associados ao idadismo, sendo que 831.041 casos ocorreram em países supostamente mais desenvolvidos e 5,6 milhões de casos em países menos desenvolvidos (2).

O idadismo acelera a deficiência cognitiva. Quatro dos cinco estudos (80%) da análise que investigou uma possível conexão entre o idadismo e a deficiência cognitiva encontraram uma associação (2). Um dos estudos, na Alemanha, acompanhou 8 mil pessoas durante vários anos e revelou que autopercepções negativas sobre o envelhecimento aceleraram a perda cognitiva, que foi medida em termos de velocidade de processamento cognitivo, enquanto autopercepções positivas levaram à desaceleração (37).

Esses resultados complementam um grande conjunto de estudos experimentais sobre o tema, resumido em várias metanálises (38-40). Essas indicaram que quando pessoas idosas ficam expostas a estereótipos negativos - independentemente de estarem ou não cientes disso - sua capacidade cognitiva e memória diminuem, um fenômeno conhecido como ameaça estereotípica (ver Capítulo 1, Seção 1.2). Uma implicação dessas constatações é que os piores resultados nas avaliações clínicas ou no local de trabalho sobre o funcionamento cognitivo de pessoas idosas pode decorrer, em parte, da exposição a estereótipos negativos (39).

O idadismo na média tem impacto negativo sobre a saúde e o desempenho cognitivo. Os estereótipos idadistas projetados pela mídia podem ter impacto negativo sobre a autoes-

tima, a condição de saúde, o bem-estar e o desempenho cognitivo das pessoas de mais idade (12, 41, 42). A sub-representação ou a deturpação da imagem das pessoas idosas na mídia não é inócua, e o Capítulo 2 indica que é uma questão generalizada. Uma metanálise concluiu que uma breve exposição aos estereótipos na mídia levou a consequências pequenas e prejudiciais sobre desempenho das pessoas idosas nas tarefas que envolvem a memória (43).

O idadismo no local de trabalho está associado a problemas de saúde, e foi um preditor de piora na saúde na maioria dos 27 estudos que avaliaram seus impactos (2). Por exemplo, um estudo de mais de 6 mil trabalhadores na Finlândia revelou que a discriminação da idade no trabalho levou a pedidos de licenças médicas subsequentes (44). Isso se dá provavelmente devido a uma reação em cadeia na qual o estresse no trabalho primeiro aumenta o risco de sintomas de saúde e posteriormente aumenta o número de pedidos de licenças médicas no longo prazo (44).

3.1.3 O impacto do idadismo sobre o bem-estar social

O idadismo pode ter um impacto de longo alcance sobre a qualidade de vida em geral das pessoas idosas e também pode afetar aspectos específicos relacionados ao seu bem-estar social. Por exemplo, o idadismo pode levar ao isolamento social e à solidão, além de inibir a sexualidade nas pessoas idosas. Ademais, entre esses, o idadismo pode estar associado com o maior risco de criminalidade e a um aumento no risco de enfrentar violência e abuso.

Qualidade de vida em geral

Todos os 29 estudos incluídos na revisão sistemática de 2020 que analisaram os vínculos entre o idadismo e a qualidade de

vida revelaram haver um relacionamento e que esse era negativo (2). Por exemplo, um estudo que avaliou o impacto das atitudes relacionadas com o envelhecimento e a qualidade de vida entre as pessoas idosas de 20 países - inclusive em dois países de renda média, Brasil e Turquia - produziram resultados coerentes entre os analisados: os julgamentos de pessoas de 60 e 100 anos em relação à qualidade de vida resultavam das percepções de homens e mulheres idosas relacionadas às circunstâncias de saúde e às atitudes em relação aos aspectos físicos e psicossociais do próprio envelhecimento (45).

Isolamento social e solidão

O idadismo contribui para o isolamento social e a solidão, que são generalizados entre as pessoas idosas. E o isolamento social e o idadismo têm grave impacto sobre a saúde e a longevidade.

O idadismo aumenta o isolamento social e a solidão de três maneiras principais. Primeiro, o idadismo pode gerar na pessoa o sentimento de ser indesejada, não ser querida, de ser traída e socialmente rejeitada, o que pode levar à retração social. Em segundo lugar, como em uma profecia que se cumpre, as pessoas idosas podem assimilar os estereótipos idadistas - por exemplo, de que a velhice é um tempo de isolamento social e de baixa participação social - e, em seguida, agir de acordo, se removendo da sociedade. Em terceiro lugar, as leis, normas e práticas idadistas aplicadas a toda a sociedade, como a aposentadoria obrigatória ou as características de design do ambiente em que vive (por exemplo, a ausência de transporte, calçadas com rachaduras ou em desnível), podem atuar como barreiras à participação das pessoas idosas nas atividades sociais, levando ao isolamento e à solidão (46).

Em uma análise feita em 2020, o idadismo foi um fator de risco de desenvolvimento de

relações sociais pobres em todos 13 estudos que examinaram esta associação (2). Por exemplo, em pessoas idosas chinesas as percepções negativas sobre si próprios quanto ao envelhecimento estavam associadas à sua insatisfação com o apoio social prestado pelos filhos (47).

As taxas de solidão e isolamento social são altas entre as pessoas idosas. Na Finlândia e no Reino Unido, 40% das pessoas idosas que vivem em comunidades informaram sentir algum grau de solidão (48, 49). Na China, 24,8% das pessoas idosas na mesma situação indicaram que às vezes se sentem solitários e 8,3% se sentem solitários com frequência ou sempre (50).

Muitos estudos e revisões revelaram que o isolamento social e a solidão têm impacto grave sobre a mortalidade das pessoas idosas, sobre sua saúde e seu funcionamento físico (por exemplo, cardiopatia, diabetes, mobilidade, atividade cotidiana), bem como sobre a saúde mental (por exemplo, depressão, ansiedade e diminuição cognitiva) (51-55).

Sexualidade

A sexualidade é um outro aspecto importante das relações das pessoas idosas que pode ser impactado pelo idadismo. Apesar de haver um reconhecimento de que a sexualidade é importante para as pessoas idosas, as representações idadistas apresentadas pelos meios de comunicação contra a sexualidade nos estágios mais avançados da vida, as atitudes provenientes da assistência de saúde e dos provedores de atenção no longo prazo, bem como das pessoas idosas propriamente ditas, muitas vezes impedem que as pessoas idosas expressem livremente sua sexualidade (56). As pessoas idosas têm direito à saúde sexual, que é definida pela OMS como um estado de bem-estar físico, mental e social na esfera da sexualidade (57).

Estudos em diversos países - incluindo na Argélia, no Egito, na Indonésia, no México, no Marrocos, na Nigéria e nas Filipinas - descobriram sistematicamente que as pessoas idosas continuam a praticar atividades sexuais, e que veem a sexualidade como um critério importante para sua qualidade de vida e bem-estar (54, 56, 58-61). Mesmo assim, o tema da sexualidade nas pessoas idosas muitas vezes continua a ser um tabu. Quando abordada, é muitas vezes a partir de uma perspectiva biomédica que representa as pessoas idosas como assexuadas e que pressupõe que haja um declínio na função sexual nas etapas posteriores da vida. Essa suposição parece resultar da definição muito limitada de função sexual (por exemplo, excluir a atividade sexual independente, sem penetração e com o mesmo sexo) e com ênfase muito grande nos fatores biológicos determinantes da função sexual (por exemplo, níveis decrescentes de testosterona), à exclusão de fatores determinantes psicológicos e sociais (por exemplo, depressão, presença ou ausência de parceiros e características da relação com um parceiro) (62).

A pesquisa revela que as pessoas idosas muitas vezes assimilam os estereótipos e mitos idadistas com respeito à sexualidade nas etapas posteriores da vida. Eles relutam em expressar sua sexualidade e muitas vezes hesitam em discutir questões sexuais com os seus médicos por temerem reações desaprovadoras. Foi constatado que as mulheres idosas assimilam as normas culturais idadistas sobre a beleza e veem a si mesmas como repulsivas (63, 64).

Em muitas partes do mundo, a sexualidade das mulheres idosas pode estar exposta ao duplo risco do idadismo e do sexismo. Um estudo na África subsaariana revelou que mitos, preconceitos e concepções errôneas arraigados a costumes e tradições religiosas e tradicionais fazem muitas vezes com que as mulheres idosas que demonstram interesse

em sexo sejam inapropriadamente e desrespeitosamente julgadas: um duplo padrão que não se aplica aos homens (65).

O treinamento dos profissionais da saúde muitas vezes não os prepara para abordar adequadamente a saúde sexual nas pessoas idosas, e muitos consideram que o tema está fora de sua alçada (66-68).

Nas instituições de longa permanência, o conhecimento dos funcionários sobre a sexualidade entre as pessoas idosas é muitas vezes limitado, e eles não se sentem à vontade para conversar com as pessoas idosas sobre sexualidade. Raramente se encontra a privacidade necessária para a expressão da sexualidade. Além disso, muitas vezes faltam políticas claras sobre a sexualidade e raramente são fornecidas informações aos futuros moradores sobre como suas necessidades sexuais e de intimidade serão respeitadas (56, 68-70).

Em muitas partes do mundo, a sexualidade das mulheres idosas pode estar exposta ao duplo risco do idadismo e do sexismo.

Ao mesmo tempo, a promoção do envelhecimento ativo e satisfatório pode, às vezes, criar expectativas pouco realistas com respeito à sexualidade que pode estar em desacordo com a realidade de algumas pessoas idosas: uma forma mais sutil de idadismo que contribui para a vergonha e a perda da autoestima (62, 71).

Temor da criminalidade

O idadismo pode influenciar a maneira como 1) policiais e formuladores de políticas tra-

tam as pessoas de mais idade como sendo particularmente vulneráveis à criminalidade, 2) nas exposições sensacionalistas feitas pela mídia de ataques contra pessoas idosas (que de maneira geral são raros) e 3) ao apresentá-los como prisioneiros do medo e apavorados com a possibilidade de saírem de casa. Tais representações das pessoas idosas podem ser assimiladas, fazendo com que elas superestimem sua vulnerabilidade e alimentem o medo do crime, o que gera o paradoxo das pessoas idosas terem um grande temor em relação à criminalidade e ao mesmo tempo um baixo risco de serem vítimas (72).

Violência e abuso

O idadismo pode aumentar o risco de violência contra as pessoas idosas. Segundo uma análise mundial recente da prevalência da violência contra as pessoas idosas, cerca de 15,7% desses - ou quase um em cada seis - são vítimas de abuso. Cerca de 11,6% são vítimas de abuso psicológico, 6,8% de abuso financeiro, 4,2% de negligência, 2,6% de abuso físico e 0,9% de abuso sexual (73).

Apesar de o idadismo aumentar o risco de violência contra as pessoas idosas, poucas são as evidências empíricas que demonstram essa correlação (74, 75). Os estereótipos negativos das pessoas idosas (por exemplo, de serem dependentes e de custarem caro à sociedade), os preconceitos e a discriminação os desumanizam e podem contribuir para tornar a violência contra as pessoas idosas mais permissível (75-77).

O idadismo pode atuar como um fator de risco para o abuso financeiro das pessoas idosas por instituições de serviços financeiros, definidas como práticas diretas ou indiretas dessas instituições que visam ou ameaçam o bem-estar financeiro desse grupo populacional. Um exemplo seria a venda de produtos financeiros inapropriados às pessoas idosas

ou a pressão para que façam investimentos contra a sua vontade (78).

3.2 O IMPACTO ECONÔMICO DO IDADISMO

As evidências do impacto financeiro do idadismo tanto para os indivíduos como para as sociedades como um todo são extremamente limitadas. No entanto, as que existem indicam que os custos econômicos do idadismo podem ser altos.

As estimativas dos custos econômicos dos problemas de saúde e sociais são importantes. Elas definem a carga financeira para a sociedade, podem ser usadas para justificar programas de intervenção e são necessárias para avaliar a relação custo-benefício dos programas. Podem ser usadas estimativas que visem ajudar a fixar políticas, planejar as prioridades e guiar a alocação dos fundos de pesquisa (79-81). Além disso, podem ser essenciais para que se compreenda de que forma a saúde e os problemas sociais desaceleram o desenvolvimento socioeconômico. Por fim, as estimativas dos custos econômicos aumentam a visibilidade e, conseqüentemente, as prioridades políticas e de custeio da saúde e dos problemas sociais.

Dado o crescimento da população de pessoas idosas em todo o mundo, mas particularmente nos países de baixa e média renda, acabar com a pobreza em todas as suas formas onde quer que seja, conforme determina a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável (82), depende de que se ponha fim à pobreza das pessoas idosas. E acabar com a pobreza nesse grupo depende, pelo menos em parte, do combate ao idadismo.

3.2.1 Idadismo, pobreza e insegurança financeira entre as pessoas idosas

O idadismo pode aumentar o risco de pobreza e insegurança financeira na velhice. O capítulo anterior deste relatório, que trata da magnitude, indicou que o idadismo ocorre em todo o ciclo empregatício, da contratação e seleção ao treinamento, às oportunidades de avanços na carreira e à retenção, até a aposentadoria. Apesar de o impacto cumulativo financeiro durante a vida de um trabalhador não ter sido calculado, não há nenhuma dúvida de que o idadismo deixa as pessoas em pior situação financeira do que se ele não existisse.

Há algumas evidências vindas da Austrália de que o idadismo no mercado de trabalho está associado ao desemprego ou subemprego das pessoas de mais idade e à dependência da previdência social, contribuindo, portanto, para a pobreza entre as pessoas idosas (83).

As leis que ordenam a idade de aposentadoria por vezes são interpretadas como uma forma de idadismo institucional que contribui para a insegurança financeira das pessoas idosas. Porém, o impacto que causam sobre a situação financeira desse grupo não é linear e continua a ser uma fonte de controvérsias, dependendo, entre outros fatores, do nível de contribuição das aposentadorias fornecidas pelo país (84, 85).

Apesar de o impacto cumulativo financeiro durante a vida de um trabalhador não ter sido calculado, não há nenhuma dúvida de que o idadismo deixa as pessoas em pior situação financeira do que se ele não existisse.

A perda da segurança financeira e a subsequente queda para a condição de pobreza podem ter um impacto devastador sobre uma pessoa idosa. O idadismo pode causar o rápido declínio na saúde, a mortalidade precoce e a dependência dos sistemas previdenciários do estado nos países que dispõem deste tipo de assistência (86, 87). Mesmo assim, ainda são raros os estudos que analisam de que forma o idadismo contribui para a pobreza. Deve-se priorizar a realização de mais pesquisas nessa área nos países de alta, média e baixa renda.

3.2.2 As perdas econômicas relacionadas com o idadismo para a sociedade

O idadismo custa bilhões de dólares, mas, até o momento, foram realizadas poucas estimativas dos custos econômicos associados ao idadismo para a sociedade, de forma mais ampla e para a economia, especialmente no nível de país. Um estudo sobre o idadismo no local de trabalho constatou que em uma empresa de 10 mil funcionários nos Estados Unidos, a falta de engajamento por parte dos funcionários levou a aproximadamente 5 mil dias de faltas sem justificativa e a aproximadamente 600 mil dólares americanos de perdas salariais por ano (88). Estimativas da Austrália indicam que se 5% a mais de pessoas de 55 anos ou mais estivessem empregadas haveria um impacto positivo da ordem de 48 bilhões de dólares australianos na economia nacional anualmente (89).

Um estudo verificou que, anualmente, nos Estados Unidos, um de cada sete dólares investidos em assistência de saúde para tratar as oito condições de saúde mais caras foi devido ao idadismo.

Em 2020, foi publicado nos Estados Unidos o primeiro estudo sobre o custo econômico nacional causado pelo idadismo à saúde (90). O estudo calculou os custos do idadismo para os Estados Unidos no período de um ano em relação às oito condições de saúde mais caras para todas as pessoas de 60 anos ou mais. Foram essas: a doença cardiovascular, a doença respiratória crônica, os transtornos osteomusculares, as lesões, a diabetes mellitus, as doenças relacionadas com o tabagismo, os transtornos mentais e as doenças não transmissíveis. Em geral, o estudo constatou que anualmente nos Estados Unidos um de cada sete dólares - ou 63 bilhões de dólares no total - gastos com a assistência de saúde para as oito condições mais caras foi consequência do idadismo. As percepções negativas sobre o próprio envelhecimento custaram 33,7 bilhões de dólares, os estereótipos negativos em relação à idade custaram 28,5 bilhões de dólares e a discriminação com base na idade custou 11,1 bilhões de dólares. Esses resultados representam um forte argumento em favor da implementação de intervenções para reduzir o idadismo (90). Mesmo que uma intervenção tenha um impacto apenas moderado ao, por exemplo, reduzir o número de casos desses estados graves de saúde em 5%, nos Estados Unidos isto representaria uma economia de 3,15 bilhões de dólares ou 852 milhões de casos a menos dessas oito condições de saúde.

3.3 CONCLUSÕES E PERSPECTIVAS FUTURAS

Por ser um problema de saúde pública, o idadismo é um importante determinante social da saúde que tem sido desconsiderado por um período demasiadamente longo. No entanto, o idadismo é, também, uma questão de desenvolvimento e de direitos humanos com consequências graves.

Valendo-se de aproximadamente 500 estudos de mais de 50 países, este capítulo demonstrou que os estereótipos, o preconceito e a discriminação associados ao idadismo prejudicam em muito a saúde e o bem-estar das pessoas idosas, que idadismo custa aos países bilhões de dólares ao ano e que pode estar contribuindo para a situação de pobreza desse grupo populacional. Esses resultados indicam que é o idadismo - e não pessoas idosas - que impõe uma carga pesada sobre a sociedade.

O idadismo aumenta a adoção de comportamentos perigosos para a saúde, afeta negativamente a saúde física e mental, acelera o declínio cognitivo, desacelera a recuperação de incapacidades e reduz a longevidade. Os impactos do idadismo vão além do corpo, reduzindo pouco a pouco as relações sociais e contribuindo para que as pessoas idosas fiquem socialmente isoladas e solitárias, podendo aumentar o temor dessas em relação à criminalidade e elevar o risco de serem alvo de violência e abuso. Mesmo que as intervenções para reduzir o idadismo viessem a ter apenas pequenos efeitos, elas poderiam levar a grandes melhorias nas vidas das pessoas idosas e a grandes economias para os países.

As prioridades futuras para melhorar a compreensão e orientar as ações sobre o impacto do idadismo, bem como para fortalecer a justificativa para combatê-lo, devem incluir:

- a conscientização do público sobre os efeitos prejudiciais e de longo alcance causados pelo idadismo;
- o preenchimento das lacunas na área de pesquisa, incluindo:
 - i) demonstrar que as relações entre o idadismo e os impactos identificados neste capítulo são na verdade causais e não

simplesmente associações (ver [Quadro 3.1](#));

ii) realizar mais pesquisas sobre os impactos do idadismo nos países de baixa e média renda; e

iii) compreender se e como os impactos do idadismo variam de acordo com as características individuais e características individuais (por exemplo, idade, sexo, raça, incapacidade, identidade sexual), os contextos e países, e de que maneira isso ocorre;

- produzir estimativas do impacto econômico causado pelo idadismo e a determinação de como ele contribui para a pobreza das pessoas idosas, de que forma impacta as economias nacionais de forma mais ampla e como contribui para desacelerar o desenvolvimento socioeconômico, particularmente nos países de baixa e média renda.

REFERÊNCIAS

1. What is the WHO definition of health? In: World Health Organization [website]. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/about/who-we-are/frequently-asked-questions>, accessed 29 August 2020).
2. Chang ES, Kanno S, Levy S, Wang SY, Lee JE, Levy BR. Global reach of ageism on older persons' health: a systematic review. PLOS ONE. 2020;15(1):e0220857. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220857>.
3. Mason SE, Kuntz CV, McGill CM. Oldsters and Ngrams: age stereotypes across time. Psychol Rep. 2015;116(1):324–9. <https://doi.org/10.2466/17.10.PRO.116k17w6>.
4. Ng R, Allore HG, Trentalange M, Monin JK, Levy BR. Increasing negativity of age stereotypes across 200 years: evidence from a database of 400 million words. PLOS ONE. 2015;10(2):e0117086. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0117086>.
5. Spangenberg L, Zenger M, Glaesmer H, Brahler E, Strauss B. Assessing age stereotypes in the German population in 1996 and 2011: socio-demographic correlates and shift over time. Eur J Ageing. 2018;15(1):47–56. <https://doi.org/10.1007/s10433-017-0432-5>.
6. Krosch AR, Amodio DM. Economic scarcity alters the perception of race. Proc Natl Acad Sci U S A. 2014;111(25):9079–84. <https://doi.org/10.1073/pnas.1404448111>.
7. Johnston DW, Lordan G. Racial prejudice and labour market penalties during economic downturns. Eur Econ Rev. 2016;84:57–75. <https://doi.org/10.1016/j.euroecorev.2015.07.011>.
8. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, the PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. PLOS Med. 2009;6(7):e1000097. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>.
9. Gu DA, Dupre ME, Qiu L. Self-perception of uselessness and mortality among older adults in China. Arch Gerontol Geriatr. 2017;68:186–94. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2016.10.015>.
10. Kotter-Gruhn D, Kleinspehn-Ammerlahn A, Gerstorf D, Smith J. Self-perceptions of aging predict mortality and change with approaching death: 16-year longitudinal results from the Berlin Aging Study. Psychol Aging. 2009;24(3):654–67. <https://doi.org/10.1037/a0016510>.
11. Levy BR, Bavishi A. Survival advantage mechanism: inflammation as a mediator of positive self-perceptions of aging on longevity. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 2018;73(3):409–12. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbw035>.
12. Levy BR, Slade MD, Kunkel SR, Kasl SV. Longevity increased by positive self-perceptions of aging. J Personal Soc Psychol. 2002;83(2):261–70. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.83.2.261>.
13. Maier H, Smith J. Psychological predictors of mortality in old age. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 1999;54(1):P44–54. <https://doi.org/10.1093/geronb/54b.1.p44>.
14. Rakowski W, Hickey T. Mortality and the attribution of health problems to aging among older adults. Am J Public Health. 1992;82(8):1139–41. <https://doi.org/10.2105/Ajph.82.8.1139>.
15. Sargent-Cox KA, Anstey KJ, Luszcz MA. Longitudinal change of self-perceptions of aging and mortality. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 2014;69(2):168–73. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbt005>.

16. Stewart TL, Chipperfield JG, Perry RP, Weiner B. Attributing illness to 'old age': consequences of a self-directed stereotype for health and mortality. *Psychol Health*. 2012;27(8):881–97. <https://doi.org/10.1080/08870446.2011.630735>.
17. Zhao Y, Dupre ME, Qiu L, Gu D. Changes in perceived uselessness and risks for mortality: evidence from a national sample of older adults in China. *BMC Public Health*. 2017;17(1):561. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4479-1>.
18. Levy BR, Slade MD, Murphy TE, Gill TM. Association between positive age stereotypes and recovery from disability in older persons. *JAMA*. 2012;308(19):1972–3. <https://doi.org/10.1001/jama.2012.14541>.
19. Villiers-Tuthill A, Copley A, McGee H, Morgan K. The relationship of tobacco and alcohol use with ageing self-perceptions in older people in Ireland. *BMC Public Health*. 2016;16(1):627. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3158-y>.
20. Matlho K, Randell M, Lebelonyane R, Kefas J, Driscoll T, Negin J. HIV prevalence and related behaviours of older people in Botswana – secondary analysis of the Botswana AIDS Impact Survey (BAIS) IV. *Afr J AIDS Res*. 2019;18(1):18–26. <https://doi.org/10.2989/16085906.2018.1552162>.
21. Minichiello V, Rahman S, Hawkes G, Pitts M. STI epidemiology in the global older population: emerging challenges. *Perspect Public Health*. 2012;132(4):178–81. <https://doi.org/10.1177/1757913912445688>.
22. Tavoschi L, Dias JG, Pharris A, Schmid D, Sasse A, Van Beckhoven D, et al. New HIV diagnoses among adults aged 50 years or older in 31 European countries, 2004–15: an analysis of surveillance data. *Lancet HIV*. 2017;4(11):e514–21. [https://doi.org/10.1016/S2352-3018\(17\)30155-8](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(17)30155-8).
23. NCSTD/CCDC. 2008 national report of epidemiological data on STDs from sentinel sites in China. *Bull STI Prev Control*. 2009:1-8.
24. Cui Y, Shi CX, Wu Z. Epidemiology of HIV/AIDS in China: recent trends. *Global Health J*. 2017;1(1):26–32. [https://doi.org/10.1016/S2414-6447\(19\)30057-0](https://doi.org/10.1016/S2414-6447(19)30057-0).
25. Fialova D, Onder G. Medication errors in elderly people: contributing factors and future perspectives. *Br J Clin Pharmacol*. 2009;67(6):641–5. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2125.2009.03419.x>.
26. Fialova D, Topinkova E, Gambassi G, Finne-Soveri H, Jonsson PV, Carpenter I, et al. Potentially inappropriate medication use among elderly home care patients in Europe. *JAMA*. 2005;293(11):1348–58. <https://doi.org/10.1001/jama.293.11.1348>.
27. Petrovic M, Somers A, Onder G. Optimization of geriatric pharmacotherapy: role of multifaceted cooperation in the hospital setting. *Drugs Aging*. 2016;33(3):179–88. <https://doi.org/10.1007/s40266-016-0352-7>.
28. Fialova D, Kummer I, Drzaic M, Leppee M. Ageism in medication use in older patients. In: Ayalon L, Tesch-Römer C, editors. *Contemporary perspectives on ageism*. Cham: Springer; 2018:241–62 (https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-319-73820-8_14, accessed 15 March 2020).
29. Sabaté E, editor. *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Geneva: World Health Organization; 2003 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/42682>, accessed 18 March 2020).
30. Scheen AJ, Giet D. [Non compliance to medical therapy; causes, consequences, solutions]. *Rev Med Liege*. 2010;65(5-6):239–45 (in French). PMID: 20684400.
31. Beard K. Adverse reactions as a cause of hospital admission in the aged. *Drugs Aging*. 1992;2(4):356–67. <https://doi.org/10.2165/00002512-199202040-00008>.
32. Spinewine A, Fialova D, Byrne S. The role of the pharmacist in optimizing pharmacotherapy in older people. *Drugs Aging*. 2012;29(6):495–510. <https://doi.org/10.2165/11631720-000000000-00000>.
33. Qato DM, Wilder J, Schumm LP, Gillet V, Alexander GC. Changes in prescription and over-the-counter medication and dietary supplement use among older adults in the United States, 2005 vs 2011. *JAMA Intern Med*. 2016;176(4):473–82. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2015.8581>.
34. Vermeire E, Hearnshaw H, Van Royen P, Denekens J. Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. *J Clin Pharm Ther*. 2001;26(5):331–42. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2710.2001.00363.x>.
35. Strandberg LR. Drugs as a reason for nursing home admissions. *J Am Health Care Assoc*. 1984;10(4):20-3. PMID: 10267407.
36. Levy BR, Pilver CE, Pietrzak RH. Lower prevalence of psychiatric conditions when negative age stereotypes are resisted. *Soc Sci Med*. 2014;119:170–4. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.06.046>.
37. Seidler AL, Wolff JK. Bidirectional associations between self-perceptions of aging and processing speed across 3 years. *GeroPsych*. 2017;30(2):49–59. <https://doi.org/10.1024/1662-9647/a000165>.
38. Horton S, Baker J, Pearce GW, Deakin JM. On the malleability of performance – implications for seniors. *J Appl Gerontol*. 2008;27(4):446–65. <https://doi.org/10.1177/0733464808315291>.
39. Lamont RA, Swift HJ, Abrams D. A review and meta-analysis of age-based stereotype threat: negative stereotypes, not facts, do the damage. *Psychol Aging*. 2015;30(1):180–93. <https://doi.org/10.1037/a0038586>.
40. Meisner BA. A meta-analysis of positive and negative age stereotype priming effects on behavior among older adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2012;67(1):13–7. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbr062>.
41. Levy BR, Slade MD, Kasl SV. Longitudinal benefit of positive self-perceptions of aging on functional health. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2002;57(5):P409–17. <https://doi.org/10.1093/geronb/57.5.P409>.
42. Loos E, Ivan L. Visual ageism in the media. In: Ayalon L, Tesch-Römer C, editors. *Contemporary perspectives on ageism*. Cham: Springer; 2018:241–62 (https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-319-73820-8_11, accessed 27 February 2020).
43. Appel M, Weber S. Do mass mediated stereotypes harm members of negatively stereotyped groups? A meta-analytical review on media-generated stereotype threat and stereotype lift. *Commun Res*. 2017:2017. <https://doi.org/10.1177/0093650217715543>.
44. Viitasalo N, Natti J. Perceived age discrimination at work and subsequent long-term sickness absence among Finnish employees. *J Occup Environ Med*. 2015;57(7):801–5. <https://doi.org/10.1097/Jom.0000000000000468>.
45. Low G, Molzahn AE, Schopflocher D. Attitudes to aging mediate the relationship between older peoples' subjective health and quality of life in 20 countries. *Health Qual Life Outcomes*. 2013;11(1):146. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-11-146>.
46. Shiovitz-Ezra S, Shemesh J, McDonnell-Naughton M. Pathways from ageism to loneliness. In: Ayalon L, Tesch-Römer C, editors. *Contemporary perspectives on ageism*. Cham: Springer; 2018:131–48 (https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-319-73820-8_9, accessed 2 March 2020).
47. Cheng ST. Self-perception of aging and satisfaction with children's support. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2017;72(5):782–91. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbv113>.

48. Savikko N, Routasalo P, Tilvis RS, Strandberg TE, Pitkala KH. Predictors and subjective causes of loneliness in an aged population. *Arch Gerontol Geriatr.* 2005;41(3):223–33. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2005.03.002>.
49. Victor CR, Scambler S, Bowling A, Bond J. The prevalence of, and risk factors for, loneliness in later life: a survey of older people in Great Britain. *Ageing Soc.* 2005;25(6):357–75. <https://doi.org/10.1017/S0144686x04003332>.
50. Zhong BL, Chen SL, Tu X, Conwell Y. Loneliness and cognitive function in older adults: findings from the Chinese Longitudinal Healthy Longevity Survey. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2017;72(1):120–8. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbw037>.
51. Ayalon L, Shiovitz-Ezra S. The relationship between loneliness and passive death wishes in the second half of life. *Int Psychogeriatr.* 2011;23(10):1677–85. <https://doi.org/10.1017/S1041610211001384>.
52. Barg FK, Huss-Ashmore R, Wittink MN, Murray GF, Bogner HR, Gallo JJ. A mixed-methods approach to understanding loneliness and depression in older adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2006;61(6):S329–39. <https://doi.org/10.1093/geronb/61.6.s329>.
53. Cacioppo JT, Hughes ME, Waite LJ, Hawkley LC, Thisted RA. Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: cross-sectional and longitudinal analyses. *Psychol Aging.* 2006;21(1):140–51. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.21.1.140>.
54. Courtin E, Knapp M. Social isolation, loneliness and health in old age: a scoping review. *Health Soc Care Community.* 2017;25(3):799–812. <https://doi.org/10.1111/hsc.12311>.
55. Social isolation and loneliness in older adults: opportunities for the health care system. Washington (DC): National Academies Press; 2020.
56. Gewirtz-Meydan A, Hafford-Letchfield T, Benyamini Y, Phelan A, Jackson J, Alayon L. Ageism and sexuality. In: Ayalon L, Tesch-Römer C, editors. *Contemporary perspectives on ageism.* Cham: Springer; 2018. p. 149–62 (<https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-319-73820-810>, accessed 16 March 2020).
57. Lusti-Narasimhan M, Beard JR. Sexual health in older women. *Bull World Health Organ.* 2013;91(9):707–9. <https://doi.org/10.2471/BLT.13.119230>.
58. Agunbiade OM, Ayotunde T. Ageing, sexuality and enhancement among Yoruba people in south western Nigeria. *Cult Health Sex.* 2012;14(6):705–17. <https://doi.org/10.1080/13691058.2012.677861>.
59. Kontula O, Haavio-Mannila E. The impact of aging on human sexual activity and sexual desire. *J Sex Res.* 2009;46(1):46–56. <https://doi.org/10.1080/00224490802624414>.
60. Lindau ST, Schumm LP, Laumann EO, Levinson W, O'Muircheartaigh CA, Waite LJ. A study of sexuality and health among older adults in the United States. *New Engl J Med.* 2007;357(8):762–74. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa067423>.
61. Nicolosi A, Laumann EO, Glasser DB, Moreira ED Jr., Paik A, Gingell C, et al. Sexual behavior and sexual dysfunctions after age 40: the global study of sexual attitudes and behaviors. *Urology.* 2004;64(5):991–7. <https://doi.org/10.1016/j.urology.2004.06.055>.
62. DeLamater J, Koepsel E. Relationships and sexual expression in later life: a biopsychosocial perspective. *Sex Relatsh Ther.* 2015;30(1):37–59. <https://doi.org/10.1080/14681994.2014.939506>.
63. Gott M, Hinchliff S. Barriers to seeking treatment for sexual problems in primary care: a qualitative study with older people. *Fam Pract.* 2003;20(6):690–5. <https://doi.org/10.1093/fampra/cm612>.
64. Vares T. Reading the 'sexy oldie': gender, age(ing) and embodiment. *Sexualities.* 2009;12(4):503–24. <https://doi.org/10.1177/1363460709105716>.
65. Chepngeno-Langat G, Hosegood V. Older people and sexuality: double jeopardy of ageism and sexism in youth-dominated societies. *Agenda.* 2012;26(4):93–9. <https://doi.org/10.1080/10130950.2012.757864>.
66. Dogan S, Demir B, Eker E, Karim S. Knowledge and attitudes of doctors toward the sexuality of older people in Turkey. *Int Psychogeriatr.* 2008;20(5):1019–27. <https://doi.org/10.1017/S1041610208007229>.
67. Haesler E, Bauer M, Fetherstonhaugh D. Sexuality, sexual health and older people: a systematic review of research on the knowledge and attitudes of health professionals. *Nurse Educ Today.* 2016;40:57–71. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.02.012>.
68. Mahieu L, Van Elssen K, Gastmans C. Nurses' perceptions of sexuality in institutionalized elderly: a literature review. *Int J Nurs Stud.* 2011;48(9):1140–54. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.05.013>.
69. Gilmer MJ, Meyer A, Davidson J, Koziol-McLain J. Staff beliefs about sexuality in aged residential care. *Nurs Prax N Z.* 2010;26(3):17–24. PMID: 21188913.
70. Mahieu L, de Casterle BD, Acke J, Vandermarliere H, Van Elssen K, Fieuws S, et al. Nurses' knowledge and attitudes toward aged sexuality in Flemish nursing homes. *Nurs Ethics.* 2016;23(6):605–23. <https://doi.org/10.1177/0969733015580813>.
71. Woloski-Wruble AC, Oliel Y, Leefsa M, Hochner-Celnikier D. Sexual activities, sexual and life satisfaction, and successful aging in women. *J Sex Med.* 2010;7(7):2401–10. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.01747.x>.
72. Pain RH. 'Old age' and ageism in urban research: the case of fear of crime. *Int J Urban Reg Res.* 1997;21(1):117–128. <https://doi.org/10.1111/1468-2427.00061>.
73. Yon YJ, Mikton CR, Gassoumis ZD, Wilber KH. Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Health.* 2017;5(2):E147–56. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30006-2](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30006-2).
74. de Lima MP, Vergueiro ME, Gonzalez A-J, Martins P, Oliveira JG. Relations between elder abuse, ageism and perceptions of age. *Int J Humanit Soc Sci Educ.* 2019;5(6):91–102. <https://doi.org/10.20431/2349-0381.0506012>.
75. Pillemer K, Burnes D, Riffin C, Lachs MS. Elder abuse: global situation, risk factors, and prevention strategies. *Gerontologist.* 2016;56(Suppl. 2):S194–205. <https://doi.org/10.1093/geront/gnw004>.
76. Nelson TD. Ageism: prejudice against our feared future self. *J Soc Issues.* 2005;61(2):207–21. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.2005.00402.x>.
77. European report on preventing elder maltreatment. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe; 2011 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/107293>, accessed 24 March 2020).
78. Naughton C, Drennan J. Exploring the boundaries between interpersonal and financial institution mistreatment of older people through a social ecology framework. *Ageing Soc.* 2016;36(4):694–715. <https://doi.org/10.1017/S0144686x14001433>.
79. Byford S, Torgerson DJ, Raftery J. Cost of illness studies. *BMJ.* 2000;320(7245):1335. <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7245.1335>.
80. Larg A, Moss JR. Cost-of-illness studies: a guide to critical evaluation. *Pharmacoeconomics.* 2011;29(8):653–71. <https://doi.org/10.2165/11588380-000000000-00000>.
81. Rice DP. Cost of illness studies: what is good about them? *Inj Prev.* 2000;6(3):177–9. <https://doi.org/10.1136/ip.6.3.177>.
82. Resolution A/RES/70/1. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. In: Seventieth United Nations General Assembly, 21 October 2015.

- New York: United Nations; 2015 (<https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld>, accessed 12 October 2020).
83. Age discrimination – exposing the hidden barrier for mature age workers. Sydney: Australian Human Rights Commission; 2010 (<https://humanrights.gov.au/our-work/age-discrimination/publications/age-discrimination-exposing-hidden-barrier-mature-age>, accessed 25 March 2020).
84. Lain D. Helping the poorest help themselves? Encouraging employment past 65 in England and the USA. *J Soc Policy*. 2011;40(3):493–512. <https://doi.org/10.1017/S0047279410000942>.
85. McDonald L. The evolution of retirement as systematic ageism. In: Bronwell P, Kelly JJ, editors. *Ageism and mistreatment of older workers: current reality, future solutions*. New York: Springer; 2013:69–90.
86. Davies M, Gilhooly M, Harries P, Gilhooly K. *Financial elder abuse: a review of the literature*. London: Brunel University, Brunel Institute for Ageing Studies; 2011.
87. Kwan C, Walsh CA. Old age poverty: a scoping review of the literature. *Cogent Soc Sci*. 2018;4(1):1478479. <https://doi.org/10.1080/23311886.2018.1478479>.
88. Wilson DC. The price of age discrimination: when older workers face discrimination, everybody loses. In: *Gallup Business Journal* [website]. London: Gallup; 2006 (<https://news.gallup.com/businessjournal/23164/price-age-discrimination.aspx>, accessed 25 March 2020).
89. National prevalence survey of age discrimination in the workplace: report 2015. Sydney: Australian Human Rights Commission; 2015 (<https://humanrights.gov.au/sites/default/files/document/publication/AgePrevalenceReport2015.pdf>, accessed 25 March 2020).
90. Levy BR, Slade MD, Chang ES, Kanno S, Wang SY. Ageism amplifies cost and prevalence of health conditions. *Gerontologist*. 2020;60(1):174–81. <https://doi.org/10.1093/geront/gny131>.

04

OS DETERMINANTES DO IDADISMO CONTRA AS PESSOAS IDOSAS

ISABEL, 80,
ESTADO
PLURINACIONAL
DA BOLÍVIA

“ As pessoas idosas enfrentam discriminação em casa porque a família não as compreende. Os filhos, as noras, os vizinhos não as entendem, e é assim que a discriminação e o abuso começam. Contudo, as instituições públicas são os piores autores do idadismo. ”

Isabel, 80, Estado Plurinacional da Bolívia
© Sebastian Ormachea / HelpAge internacional

Capítulo

04

A identificação dos determinantes do idadismo – tanto do risco como dos fatores de proteção – é um pré-requisito para a elaboração de estratégias eficazes para reduzi-lo. Os fatores de risco são características que aumentam a probabilidade de incidência do idadismo. Os fatores de proteção são as características que reduzem a probabilidade de incidência do idadismo ou fornecem um amparo contra o risco. Para funcionarem, as estratégias de redução da incidência devem visar os fatores determinantes que causam idadismo.

A Seção 4.1 deste capítulo se centra nos fatores determinantes do idadismo interpessoal. Nela são examinadas as características individuais associadas com ser o autor de idadismo interpessoal e ser o alvo desse, bem como os fatores determinantes no nível contextual do idadismo interpessoal. A Seção 4.2 aborda os fatores determinantes do idadismo contra si mesmo. Não foram encontradas evidências sobre os fatores determinantes do idadismo institucional, o que é uma lacuna significativa.

As características individuais associadas à perpetração do idadismo interpessoal contra as pessoas idosas são a idade, o sexo, a escolaridade, a ansiedade causada pelo medo da morte, algumas características de personalidade, o contato com pessoas idosas e o conhecimento sobre o envelhecimento.

As características pessoais associadas com ser alvo de idadismo interpessoal são a idade mais avançada, a condição de saúde mais debilitada e a dependência de cuidados por terceiros.

Os principais determinantes contextuais do idadismo interpessoal são a expectativa de vida com saúde do país e o atuar em certas profissões e setores ocupacionais.

As características individuais associadas ao idadismo autodirigido são ter condições de saúde e mental debilitadas e falta de contato físico positivo com os netos.

Neste capítulo, os resultados são embasados principalmente em uma revisão sistemática e integral dos fatores determinantes do idadismo contra as pessoas idosas (1). Serão relatados somente os fatores determinantes para os quais tenha sido encontrada uma associação clara entre um fator de risco ou um de proteção contra o idadismo

Dezenas de outros possíveis fatores determinantes – como raça e grupo étnico, o fato de estar trabalhando com pessoas idosas ou cuidando de idosos, a condição socioeconômica, o estado empregatício, o fazer parte de uma cultura coletivista ou tradicional – foram examinados na análise, e os resultados foram a ausência de associação com o idadismo ou os resultados não foram claros. Vários desses fatores determinantes, assim como outros possíveis fatores que não foram analisados – como a presença de um sistema assistencialista e de cobertura universal de saúde – exigem pesquisas adicionais. Além disso, poucos dos estudos incluídos na revisão sistemática foram realizados nos países de baixa e média renda (1).

Este capítulo complementa o resumo dos principais fatores determinantes do idadismo identificados até o momento por meio de um breve levantamento sobre as

três principais teorias sobre o idadismo para as quais há suporte empírico considerável. As teorias sobre o idadismo são explicações que especificam os mecanismos causais subjacentes que produzem idadismo.

Para que as estratégias que reduzem o idadismo sejam eficazes, devem-se visar os mecanismos causais que podem ser modificados (2-4). As teorias programáticas específicas ou as teorias de mudança, que estão por trás do desenvolvimento das estratégias eficazes para reduzir o idadismo, utilizam essas teorias mais amplas e de base empírica sobre o idadismo (5-7).

4.1 FATORES DETERMINANTES DO IDADISMO INTERPESSOAL

Esta seção contém um resumo dos principais fatores determinantes do idadismo interpessoal, incluindo as características individuais associadas com ser o autor ou o alvo do idadismo, bem como os fatores determinantes contextuais do idadismo interpessoal (ver [Tabela 4.1](#)).

4.1.1 Características individuais associadas com a autoria do idadismo

Idade, sexo ou gênero e educação

Um estudo recente realizado em 57 países constatou que ser mais jovem, do sexo masculino e ter um nível mais baixo de escolaridade aumentam a probabilidade de uma pessoa ser altamente idadista. O efeito da escolaridade foi mais acentuado do que o de ser mais jovem ou do sexo masculino,

que aumentam apenas ligeiramente o risco do idadismo contra as pessoas idosas (8). Ter um nível mais baixo de escolaridade também aumenta a probabilidade de um indivíduo ser moderadamente idadista (8). Estudos anteriores e menores revelaram resultados semelhantes com respeito ao sexo ou gênero (9-13), à idade (14-16) e à escolaridade (17, 18). Porém, esses resultados nem sempre têm sido coerentes (1).

No entanto, entre os profissionais da saúde e da assistência social, a idade e o sexo/gênero nem sempre têm sido considerados fatores determinantes de idadismo. Uma revisão sistemática em 2013, que incluiu 25 estudos, revelou que a idade e o gênero não foram fatores preditores universais das atitudes das enfermeiras em relação aos pacientes idosos (19). Mas entre os estudantes de enfermagem e profissionais de enfermagem formados na Grécia e na Suécia, a idade jovem (menos de 25 anos) e o sexo masculino foram fatores de risco importantes para a predição do idadismo em relação às pessoas idosas (20, 21).

Os médicos com mais anos de escolaridade tinham menor probabilidade de serem idadistas em relação às pessoas idosas (22). Foi constatado que a exposição a conteúdo geriátrico nos cursos também melhorava a percepção sobre atitudes em relação às pessoas idosas na atenção social (23). Isto é promissor em termos de atividades educacionais futuras para os profissionais da saúde que visam aumentar seus conhecimentos sobre o envelhecimento e a idade mais avançada.

Ansiedade em relação ao envelhecimento e medo da morte

Os indivíduos que têm um maior nível de ansiedade em relação ao envelhecimento

Tabela 4.1. Determinantes do idadismo contra as pessoas idosas

		TIPO DE DETERMINANTE	TIPO DE ASSOCIAÇÃO		
IDADISMO INTERPESSOAL	DETERMINANTES NO NÍVEL DE INDIVÍDUO	CAUSADOR	Idade	Ser mais jovem	Maior idadismo (fator de risco)
			Sexo/gênero	Ser do sexo masculino	Maior idadismo (fator de risco)
			Escolaridade	Mais baixa	Maior idadismo (fator de risco)
			Ansiedade em relação ao envelhecimento ou à morte	Mais alta	Maior idadismo (fator de risco)
			Traços de personalidade	Amabilidade, extroversão, meticulosidade e orientação coletivista	Menor idadismo (fator de proteção)
			Contato com grupos de idade mais avançada, especialmente a qualidade do contato, incluindo entre avós e netos, e amizades intergeracionais	Contato de qualidade mais alta	Menor idadismo (fator de proteção)
			Conhecimento sobre o envelhecimento	Maior conhecimento sobre o envelhecimento	Menor idadismo (fator de proteção)
			ALVO	Idade	Mais velho
	Condição de saúde e dependência de cuidados por terceiros	Condição de saúde pior e maior dependência de cuidados por terceiros		Maior idadismo (fator de risco)	
	DETERMINANTES NO NÍVEL CONTEXTUAL	Proporção de pessoas idosas no país	Incerta		
		Expectativa de vida saudável no país	Mais baixa	Maior idadismo (fator de risco)	
		Profissão e setor ocupacional	Algumas profissões e setores ocupacionais (p. ex., alta tecnologia)	Maior idadismo (fator de risco)	
		Apresentação das pessoas idosas em estudos experimentais que simulam estabelecimentos que representam a vida real	Apresentação positiva com mais informações	Menor idadismo (fator de proteção)	
	Comparação com pessoas mais jovens		Maior idadismo (fator de risco)		
IDADISMO CONTRA SI MESMO	DETERMINANTES NO NÍVEL DE INDIVÍDUO	Saúde mental e física	Pior	Maior idadismo (fator de risco)	
		Contato com netos	Mais contato	Menor idadismo (fator de proteção)	

Quadro 4.1

Três teorias do idadismo que têm suporte empírico

As teorias sobre o idadismo especificam os mecanismos causais do idadismo. As teorias específicas programáticas ou as teorias de mudança, que estão por trás do desenvolvimento de estratégias eficazes para reduzir o idadismo, utilizam essas teorias mais amplas sobre o idadismo, que têm suporte empírico (5-7).

Teoria de gerenciamento do terror: A teoria do gerenciamento do terror sugere que o idadismo resulta de nosso medo da morte. Ela propõe que a busca ubíqua dos seres humanos por significado de vida e autoestima surgem, em parte, como um esforço no sentido de nos protegermos, psicologicamente, da consciência que temos de nossa mortalidade. Os indivíduos idosos representam uma ameaça existencial às pessoas mais jovens por lembrá-las de que a morte é inevitável. Nosso medo da morte, da deterioração física e da perda da dignidade e da autoestima geram reações negativas em relação às pessoas idosas e um desejo de nos distanciarmos delas, que se manifesta na forma de estereótipos, preconceitos e discriminações contra as pessoas idosas. Sugere-se que, ao aprendermos a reconhecer e a enfrentar mais diretamente os medos associados à nossa natureza física e mortal, podemos combatê-los e reduzir o idadismo (24, 32, 33).

Teoria de ameaça intergrupar e teoria de contato intergrupar: A teoria de ameaça intergrupar sustenta que os indivíduos reagem de maneira hostil aos grupos de fora, especialmente quando esses grupos são vistos como potencialmente nocivos, representando uma ameaça real ou simbólica. As ameaças reais estão relacionadas com o poder, com os recursos e com o bem-estar de um grupo, enquanto as ameaças simbólicas são as que ameaçam a visão de mundo, o sistema de crenças e de valores de um grupo (34). Essa teoria pode ajudar a explicar o porquê de os adultos jovens, que são uma ameaça concorrencial direta aos de meia-idade, poderem vir a enfrentar o idadismo na sociedade. Mesmo nos casos em que os indivíduos não identificam uma ameaça específica de um grupo de fora, eles podem optar por demonstrar preconceitos que podem ajudar a criar uma distinção positiva entre o seu grupo (o grupo local) e outros grupos (grupos de fora) (35).

A teoria de contato intergrupar pode ser vista como o oposto da teoria de ameaça intergrupar. A teoria de contato intergrupar sustenta que, sob as condições ideais, o contato entre os grupos reduz a ameaça intergrupar e os estereótipos, os preconceitos e a discriminação que ocorrem simultaneamente. Os mecanismos causais por meio dos quais isso ocorre envolvem a redução da ansiedade em relação ao contato com outros grupos e uma melhor perspectiva e empatia. O melhoramento dos conhecimentos sobre o grupo de fora também desempenha uma função, ainda que não tão forte. As condições ideais são as teorias de que os grupos desfrutam do mesmo status e têm objetivos comuns, o estímulo a situações que fomentam a cooperação entre os grupos e o apoio das autoridades, da lei ou dos costumes (25, 36-38). A

teoria do contato intergrupar tem sido amplamente testada com diferentes grupos raciais e étnicos, envolvendo pessoas com incapacidades físicas e com problemas de saúde mental, bem como com pessoas de diferentes faixas etárias (37, 38). As estratégias de contato intergeracionais são embasadas, em grande parte, na **teoria do contato intergrupar**.

Teoria de assimilação dos estereótipos: Essa teoria propõe que os membros dos grupos estigmatizados tendem a assimilar os estereótipos impostos pela sociedade, levando-os a terem baixa autoestima, o que pode influir em sua saúde (39). A teoria de assimilação de estereótipos tem quatro componentes principais. Primeiro, ela ajuda a explicar o processo pelo qual as pessoas assimilam, desde a mais tenra idade, os estereótipos de idade que são perceptíveis em sua cultura. Em segundo lugar, sustenta que os estereótipos podem operar inconscientemente. Terceiro, os estereótipos ganham visibilidade na medida em que as pessoas atingem certos marcos associados com uma determinada idade, como a aposentadoria. Quarto, os estereótipos são assimilados por três vias principais: a fisiológica, a de conduta e a psicológica. A via fisiológica está relacionada com o estresse fisiológico causado ao se levar em conta que as percepções negativas de envelhecimento se aplicam a si. Por exemplo, os indivíduos idosos subliminarmente expostos aos estereótipos negativos de idade apresentam um aumento na resposta cardiovascular ao estresse (40). A via de conduta atua por meio de mudanças nos comportamentos, a exemplo das pessoas que veem o envelhecimento por uma perspectiva negativa, não fazendo exames médicos por considerarem que é normal estar doente quando idoso. A via psicológica inclui a geração das expectativas que atuam como profecias que se cumprem (39, 41). Todas essas vias são possíveis alvos de intervenção. Por exemplo, as vias psicológica e de conduta poderiam ser mudadas mediante intervenções educacionais que alteram o que é considerado normal na velhice. Apesar de essa teoria ter sido usada principalmente para explicar o idadismo contra si mesmo na idade mais velha, é provável que o mesmo mecanismo atue no caso do idadismo contra si mesmo em pessoas de outras idades, uma vez que as pessoas ficam expostas a estereótipos de diferentes faixas etárias desde a infância e para o resto da vida.

ou medo da morte apresentam mais atitudes idadistas (1). Embora esses resultados venham de um número limitado de estudos, eles apoiam a teoria já bem-establishada do idadismo, conhecida como teoria de administração do terror (ver **Quadro 4.1**), que postula que as pessoas idosas representam uma ameaça existencial para as pessoas mais jovens e criam ansiedade em relação à morte por serem uma lembrança constante da sua mortalidade e vulnerabilidade (24).

Traços de personalidade

Alguns estudos também revelaram que é menos provável que indivíduos com personalidade agradável, extrovertida, escrupulosa e coletivista sejam idadistas - ou seja, essas características atuam como fatores de proteção contra o idadismo (1).

Contato com grupos idosos

Há evidências consideráveis de que o contato

com pessoas de faixas etárias mais velhas, especialmente o contato de melhor qualidade, reduz a probabilidade de idadismo - ou seja, o contato de melhor qualidade atua como um fator de proteção contra idadismo.

Uma revisão sistemática mostrou que o contato de melhor qualidade, tanto com pessoas idosas em geral e especialmente com os avós e com outros familiares, reduz o idadismo (1). Isto confirma os resultados de análises anteriores (25, 26). São raros os estudos que analisam o vínculo entre as amizades de pessoas de diferentes gerações e o idadismo (27). Um estudo em 25 países da União Europeia constatou que as pessoas que relataram ter amizades intergeracionais tenderam a ser menos idadistas, e que isso se aplicava tanto às pessoas mais jovens como às idosas (28). O fato de as amizades intergeracionais serem raras pode explicar em parte o idadismo generalizado documentado no Capítulo 2 (28, 29). Por exemplo, em 25 países da União Europeia cerca de 18% de jovens de 18 a 30 anos relataram ter amigos de 70 anos ou mais. Nesse estudo, a probabilidade de mulheres mais jovens terem amizades intergeracionais era menor que a de homens (28).

Isso é pertinente ao considerar intervenções para reduzir o idadismo, porque pode-se organizar atividades para reunir as diferentes gerações. A influência desse fator de risco sobre o idadismo pode ser explicada por meio da teoria de contato intergrupar (ver **Quadro 4.1**), que postula que a maior exposição a pessoas idosas ou mais jovens pode ajudar a reduzir o preconceito contra elas (30, 31).

Conhecimento sobre o envelhecimento

As evidências indicam que ter conhecimento sobre o envelhecimento protege contra idadismo. Em outras palavras, quanto mais a pessoa está familiarizada com o envelhe-

cimento, menos idadista ela tende a ser.

Dos estudos incluídos em uma análise realizada para produzir esse relatório, que examinou a relação entre o conhecimento sobre o envelhecimento e o idadismo, 18 constataram que há uma relação entre o conhecimento sobre envelhecimento e o menor idadismo (42-59), e cinco concluíram que não havia nenhuma associação entre os dois ou que os resultados variaram ou foram inconsistentes (60-64).

Todos, exceto um desses estudos, usaram a mesma medida de conhecimento sobre o envelhecimento, o Questionário sobre os Fatos Relativos ao Envelhecimento, cuja validade como medida de conhecimento sobre o envelhecimento tem sido questionada (65). Outra limitação é que geralmente esses estudos não especificam contra qual(is) dimensão(ões) do idadismo (ou seja, estereótipos, preconceito ou discriminações) esse conhecimento protege.

4.1.2 Características individuais associadas com ser alvo do idadismo

Idade

Na medida em que as pessoas envelhecem, a probabilidade de que sejam alvo de idadismo aumenta: quanto mais velha a pessoa, maior a probabilidade de ser alvo do idadismo (1).

Condição de saúde e dependência de cuidados por terceiros

Um estudo constatou que estar com a saúde debilitada ou depender de cuidados de terceiros era um fator de risco de que as pessoas idosas fossem vistas de maneira negativa (66). Outro estudo verificou uma possível tendência de haver viés contra idosos doentes ou que dependem de maior nível de atenção (67). Isto indica que a forma

como as pessoas idosas são vistas talvez dependa do estado de saúde associado com sua idade em vez de com a idade propriamente dita (67).

4.1.3 Determinantes contextuais do idadismo interpessoal

Proporção de pessoas idosas em um dado país

Um estudo recente e rigoroso realizado em 57 países e que amostrou mais de 80 mil participantes constatou que quanto maior a proporção de pessoas idosas em um dado país menor o idadismo nesse país, ou seja, que a existência de uma grande proporção de pessoas idosas atua como um fator de proteção contra o idadismo (8).

Estudos anteriores haviam chegado à conclusão oposta: que quanto maior a proporção de pessoas idosas em um país, maior o idadismo (12, 68). Uma possível explicação para esses resultados inconsistentes é que pode ser que a taxa de mudança na proporção das pessoas idosas é que importe, e não a proporção propriamente dita. Os países cujas composições populacionais por idade estão mudando mais rapidamente talvez sejam mais propensos ao idadismo (69).

Expectativa de vida saudável

Quanto mais baixa a expectativa de vida saudável em um país - ou seja, quanto menor o número médio de anos que um recém-nascido pode esperar viver em plena saúde - maior a probabilidade de os indivíduos apresentarem atitudes moderadamente ou altamente idadistas (8).

Os países com menor expectativa de vida saudável são os mais propensos a terem idosos em condições de saúde menos favoráveis, e o aumento da exposição das pes-

soas àqueles que gozam de menos saúde na velhice pode reforçar as atitudes negativas em relação ao envelhecimento. Por outro lado, é provável que atitudes idadistas sejam assimiladas na medida em que a pessoa envelhece, e é provável também que essas atitudes sejam aplicadas contra si próprio, na forma de idadismo contra si mesmo, o que pode piorar a saúde e o funcionamento da pessoa, conforme explica o Capítulo 3. Isso ressalta a necessidade de investir em políticas que promovam práticas sadias de envelhecimento e que permitam aos indivíduos viverem uma vida mais longa e mais saudável (70).

Apesar de o fato de haver uma proporção menor de pessoas idosas em um dado país poder ser considerado um fator de risco para o idadismo interpessoal, e que haver uma expectativa de vida saudável menor também seja um fator de risco para o idadismo interpessoal, um estudo recente realizado em 57 países constatou que, juntos, esses dois fatores de risco também aumentam a probabilidade de um país ser altamente ou moderadamente idadista (8).

Profissão e setor ocupacional

Há relatos de que o idadismo seja generalizado em certas profissões e em determinados setores ocupacionais, como no da programação de computadores, no marketing on-line e no de hotelaria, bem como em setores como os das novas tecnologias e de empresas embrionárias (71), sendo que a expressão "Idadismo do Vale do Silício" tem sido usada para descrever esse fenômeno (72).

Apresentação das pessoas idosas nos estudos experimentais

Nos estudos experimentais que simulam os contextos da vida real (por exemplo, por meio do uso de vídeos, vinhetas, avaliações curriculares), a forma como as pessoas são

apresentadas (ou seja, se são apresentadas de maneira negativa ou se são descritas genericamente como uma pessoa mais idosa, ou se são descritas de maneira mais positiva, com informações mais detalhadas ou específicas) influencia a probabilidade de que sejam alvo de atitudes idadistas.

Apresentações positivas reduzem o idadismo, e uma apresentação negativa o aumenta (1). Em estudos que simulam contextos empregatícios, o fato de o indivíduo ser comparados com pessoas mais jovens ou idosas também pode ser um fator de risco. Vários estudos constataram que os trabalhadores idosos recebem mais avaliações negativas quando o mesmo avaliador avalia também trabalhadores mais jovens (73-75).

Esta comparação direta pode influenciar as classificações dos alvos do idadismo ao criar uma situação na qual a idade receba um destaque especial, mesmo quando todas as outras características são iguais. Esse determinante tem possíveis implicações para as estratégias que visam reduzir o idadismo, especialmente para as intervenções e campanhas educacionais.

Fazer uma apresentação ideal - por exemplo, positiva e com a quantidade suficiente de informações individualizantes, evitando comparações com pessoas mais jovens - ao apresentar uma pessoa idosa poderia talvez ajudar a reduzir o idadismo.

4.2 OS DETERMINANTES DO IDADISMO CONTRA SI PRÓPRIO (AUTODIRIGIDO)

Esta seção contém um resumo dos principais fatores determinantes do idadismo contra si mesmo, incluindo a saúde física e mental, o contato com os netos e o co-

nhecimento sobre o envelhecimento (ver Tabela 4.1).

4.2.1 Saúde física e mental

Os poucos estudos que analisaram os fatores que influenciam o idadismo contra si mesmo nas pessoas idosas constataram que os indivíduos com má saúde física e mental apresentam maior probabilidade de apresentarem idadismo contra si mesmas (1). Novamente, isto destaca a necessidade de investimentos em políticas relacionadas com o envelhecimento e em intervenções que permitam aos indivíduos viverem tanto vidas mais longas como mais saudáveis.

4.2.2 Contato com os netos

As pessoas idosas que têm contato positivo com seus netos apresentam menor probabilidade de serem negativamente afetadas por ameaças de estereótipos, que é uma forma de idadismo contra si mesmo (76). A ameaça do estereótipo se refere ao medo que uma pessoa idosa tem de confirmar os estereótipos negativos sobre as pessoas idosas e, portanto, de desempenhar pior uma tarefa relacionada com o estereótipo, como um teste de matemática ou com outra capacidade cognitiva.

4.2.3 Conhecimento sobre o envelhecimento

Um estudo que analisou o idadismo contra si mesmo, realizado na Austrália e no Reino Unido, pareceu indicar que os participantes que têm maior conhecimento sobre o envelhecimento têm talvez uma posição mais positiva sobre o próprio envelhecimento, porém os resultados não foram conclusivos (50).

Dado que o idadismo contra si mesmo parece ser generalizado e ter efeitos profundos sobre saúde e o bem-estar (ver Capítulo 3), será importante ampliarmos

ossos conhecimentos sobre outros fatores determinantes do idadismo contra si mesmo de forma a ir além dos dois identificados até o presente.

4.3 CONCLUSÕES E PERSPECTIVAS FUTURAS

Há evidências consideráveis sobre os fatores determinantes do idadismo interpessoal, tanto para os que o cometem (ou seja, a idade, o sexo, o nível de escolaridade, a ansiedade ou o medo em relação à morte, a personalidade, o contato com pessoas idosas no passado) bem como para os que

são alvo dele (ou seja, a idade, o estado de saúde e a dependência da atenção de terceiros). Há algumas evidências sobre os fatores determinantes contextuais do idadismo (ou seja, a proporção de pessoas idosas em um país, a expectativa de vida saudável de um país e o envolvimento em certas profissões e setores ocupacionais).

Há evidências limitadas sobre os fatores determinantes do idadismo autodirigido (ou seja, a saúde física e mental e o contato com os netos). É improvável que as estratégias para reduzir o idadismo funcionem a menos que visem os determinantes que (i) são comprovadamente as principais causas do idadismo e (ii) são modificáveis (ver **Quadro 4.2**).

As futuras prioridades para entendermos quais são os fatores determinantes do idadismo estão descritas em linhas gerais a seguir.

- É preciso abordar as atuais lacunas de pesquisa em relação aos fatores determinantes do idadismo interpessoal para as quais atualmente haja falta de evidências ou as evidências sejam inconclusivas, como a condição socioeconômica e a presença de um sistema de assistência social. Os fatores determinantes do idadismo institucional e contra si mesmo, para os quais há poucas evidências, também devem ser investigados. É essencial que estudos sobre os fatores determinantes de todas as formas de idadismo sejam realizados em todos os países, incluindo nos países de baixa e média renda, para determinar se há variação entre culturas e contextos. É igualmente importante que sejam realizados estudos para avaliar a importância relativa e o status causal de diferentes fatores determinantes do idadismo (ver **Quadro 4.2**).
- Nosso melhor entendimento sobre os determinantes do idadismo deve ser usado para informar as teorias de mudança e as teorias de programa que corroboram para o desenvolvimento de estratégias para reduzir o idadismo.

Quadro 4.2

Oportunidades de pesquisa sobre os determinantes do idadismo contra as pessoas idosas

A revisão sistemática dos fatores determinantes do idadismo em relação às pessoas idosas (1), sobre a qual grande parte deste capítulo foi embasada, representa um grande avanço nos esforços para promover pesquisas que buscam identificar os fatores determinantes do idadismo. Esta revisão, que seguiu as diretrizes PRISMA (77), utilizou buscas efetuadas em 14 bases de dados, incluiu aproximadamente 200 documentos em inglês, francês e espanhol que identificaram 14 fatores determinantes do idadismo categorizados segundo uma estrutura de vários níveis e avaliou cuidadosamente a qualidade dos estudos incluídos.

Porém, essa revisão sistemática revelou diversas limitações nos estudos subjacentes. A metade dos estudos foi considerada de qualidade média. Outra limitação foi que, devido à heterogeneidade dos fatores de risco avaliados nos estudos, não foi possível usar técnicas metanalíticas que poderiam ter fornecido informações sobre a força da associação entre cada fator de risco e o idadismo e, portanto, uma ideia de sua importância relativa.

As pesquisas futuras devem considerar a possibilidade de uso de mais definições padronizadas e medidas de fatores de risco para aumentar a comparabilidade e permitir que os resultados sejam submetidos a metanálise (1). Uma outra limitação, que estudos futuros devem abordar é o fato de que a maioria das pesquisas tinha natureza correlacional, e, portanto, o status causal dos fatores determinantes não pôde ser avaliado. A elaboração de intervenções para visar os fatores de risco que não tem relação causal com o idadismo aumenta a probabilidade de que as intervenções não funcionem (78, 79)

REFERÊNCIAS

1. Marques S, Mariano J, Mendonca J, De Tavernier W, Hess M, Naegele L, et al. Determinants of ageism against older adults: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(7):2560. <https://doi.org/10.3390/ijerph17072560>.
2. Krieger N, Zierler S. What explains the public's health? A call for epidemiologic theory. *Epidemiology*. 1996;7(1):107–9. <https://doi.org/10.1097/00001648-199601000-00020>.
3. Pearce N, Vandenbroucke JP. Educational note: types of causes. *Int J Epidemiol*. 2020;49(2):676–85. <https://doi.org/10.1093/ije/dyz229>.
4. Weed DL. Theory and practice in epidemiology. *Ann N Y Acad Sci*. 2001;954(1):52–62. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2001.tb02746.x>.
5. Breuer E, Lee L, De Silva M, Lund C. Using theory of change to design and evaluate public health interventions: a systematic review. *Implement Sci*. 2015;11(1):63. <https://doi.org/10.1186/s13012-016-0422-6>.
6. De Silva MJ, Breuer E, Lee L, Asher L, Chowdhary N, Lund C, et al. Theory of change: a theory driven approach to enhance the Medical Research Council's framework for complex interventions. *Trials*. 2014;15(1):267. <https://doi.org/10.1186/1745-6215-15-267>.
7. Donaldson SI. Mediator and moderator analysis in program development. En: Sussman S, director. *Handbook of program development for health behavior research and practice*. Thousand Oaks (CA); Sage 2001:470–96.
8. Officer A, Thiyagarajan JA, Schneiders ML, Nash P, de la Fuente-Núñez V. Ageism, healthy life expectancy and population ageing: how are they related? *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(9):3159. <https://doi.org/10.3390/ijerph17093159>.
9. Fraboni M, Saltstone R, Hughes S. The Fraboni Scale of Ageism (FSA): an attempt at a more precise measure of ageism. *Can J Aging*. 1990;9(1):56–66. <https://doi.org/10.1017/S0714980800016093>.
10. North MS, Fiske ST. A prescriptive intergenerational-tension ageism scale: succession, identity, and consumption (SIC). *Psychol Assess*. 2013;25(3):706–13. <https://doi.org/10.1037/a0032367>.
11. Rupp DE, Vodanovich SJ, Crede M. Age bias in the workplace: the impact of ageism and causal attributions. *J Appl Soc Psychol*. 2006;36(6):1337–64. <https://doi.org/10.1111/j.0021-9029.2006.00062.x>.
12. Lockenhoff CE, De Fruyt F, Terracciano A, McCrae RR, De Bolle M, Costa PT Jr., et al. Perceptions of aging across 26 cultures and their culture-level associates. *Psychol Aging*. 2009;24(4):941–54. <https://doi.org/10.1037/a0016901>.
13. Bodner E, Bergman YS, Cohen-Fridel S. Different dimensions of ageist attitudes among men and women: a multigenerational perspective. *Int Psychogeriatr*. 2012;24(6):895–901. <https://doi.org/10.1017/S1041610211002936>.
14. Kite ME, Stockdale GD, Whitley BE, Johnson BT. Attitudes toward younger and older adults: an updated meta-analytic review. *J Soc Issues*. 2005;61(2):241–66. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.2005.00404.x>.
15. Chopik WJ, Giasson HL. Age differences in explicit and implicit age attitudes across the life span. *Gerontologist*. 2017;57(Supl. 2):S169–77. <https://doi.org/10.1093/geront/gnx058>.
16. Kite ME, Wagner LS. Attitudes toward older adults. En: Nelson TD, director. *Ageism: stereotyping and prejudice against older persons*. Cambridge (MA): MIT Press; 2002:129–61.
17. Thorson JA, Whatley L, Hancock K. Attitudes toward the aged as a function of age and education. *Gerontologist*. 1974;14(4):316–8. <https://doi.org/10.1093/geront/14.4.316>.
18. Abrams D, Russell PS, Vauclair CM, Swift H. *Ageism in Europe: findings from the European Social Survey*. Londres: Age UK; 2011.
19. Liu YE, Norman IJ, While AE. Nurses' attitudes towards older people: a systematic review. *Int J Nurs Stud*. 2013;50(9):1271–82. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.11.021>.
20. Söderhamn O, Lindencrona C, Gustavsson SM. Attitudes toward older people among nursing students and registered nurses in Sweden. *Nurse Educ Today*. 2001;21(3):225–9. <https://doi.org/10.1054/nedt.2000.0546>.
21. Lambrinou E, Sourtzi P, Kalokerinou A, Lemonidou C. Attitudes and knowledge of the Greek nursing students towards older people. *Nurse Educ Today*. 2009;29(6):617–22. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2009.01.011>.
22. Leung S, Logiudice D, Schwarz J, Brand C. Hospital doctors' attitudes towards older people. *Intern Med J*. 2011;41(4):308–14. <https://doi.org/10.1111/j.1445-5994.2009.02140.x>.
23. Kane MN. Social work students' perceptions about incompetence in elders. *J Gerontol Soc Work*. 2006;47(3–4):153–71. https://doi.org/10.1300/J083v47n03_10.
24. Martens A, Goldenberg JL, Greenberg J. A terror management perspective on ageism. *J Soc Issues*. 2005;61(2):223–39. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.2005.00403.x>.
25. Drury L, Abrams D, Swift HJ. Making intergenerational connections – an evidence review. Londres: Age UK; 2017 ([https://www.ageuk.org.uk/Documents/EN-GB/For_professionals/Research/Making_Intergenerational_Connections_Evidence_Review\(2017\).pdf?dtrk=true, consultado el 13 de octubre del 2020](https://www.ageuk.org.uk/Documents/EN-GB/For_professionals/Research/Making_Intergenerational_Connections_Evidence_Review(2017).pdf?dtrk=true, consultado el 13 de octubre del 2020)).
26. Christian J, Turner R, Holt N, Larkin M, Cotler JH. Does intergenerational contact reduce ageism: when and how contact interventions actually work? *J Arts Humanit*. 2014;3(1):1–15.
27. Van Dussen DJ, Weaver RR. Undergraduate students' perceptions and behaviors related to the aged and to aging processes. *Educ Gerontol*. 2009;35(4):342–57. <https://doi.org/10.1080/03601270802612255>.
28. Dykstra PA, Fleischmann M. Are societies with a high value on the Active Ageing Index more age integrated? En: Zaidi A, Harper S, Howse K, Lamura G, Perek-Bialas J, directores. *Building evidence for active ageing policies*. Singapur: Springer; 2018:19–37.
29. Abrams D, Vauclair CM, Swift H. Predictors of attitudes to age across Europe. Londres: Department of Work and Pensions; 2011 (Research Report No 735; https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/214509/rrep735.pdf, consultado el 13 de octubre del 2020).
30. Allport GW. *The nature of prejudice*. Oxford: Addison-Wesley; 1954.
31. Dovidio JF, Gaertner SL. Reducing prejudice: combating intergroup biases. *Curr Dir Psychol Sci*. 1999;8(4):101–5. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.00024>.
32. Bergman YS, Bodner E. Ageist attitudes block young adults' ability for compassion toward incapacitated older adults. *Int Psychogeriatr*. 2015;27(9):1541–50. <https://doi.org/10.1017/S1041610215000198>.
33. Burke BL, Martens A, Faucher EH. Two decades of terror management theory: a meta-analysis of mortality salience research. *Pers Soc Psychol Rev*. 2010;14(2):155–95. <https://doi.org/10.1177/1088868309352321>.
34. Stephan WG, Stephan CW. Intergroup threat theory. En: Kim Y, director. *The international encyclopedia of intercultural communication*, Vol. 3. Hoboken (NJ): Wiley; 2017:1–12.

35. Tajfel H, Turner J. An integrative theory of intergroup conflict. En: Hogg MA, Abrams D, directores. Intergroup relations: essential readings. Filadelfia (PA): Psychology Press; 2001:94–109.
36. Paluck EL, Green DP. Prejudice reduction: What works? A review and assessment of research and practice. *Annu Rev Psychol.* 2009;60:339–67. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.60.110707.163607>.
37. Pettigrew TF, Tropp LR. A meta-analytic test of intergroup contact theory. *J Pers Soc Psychol.* 2006;90(5):751–83. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.90.5.751>.
38. Pettigrew TF, Tropp LR. How does intergroup contact reduce prejudice? Meta analytic tests of three mediators. *Eur J Soc Psychol.* 2008;38(6):922–34. <https://doi.org/10.1002/ejsp.504>.
39. Levy B. Stereotype embodiment: a psychosocial approach to aging. *Curr Dir Psychol Sci.* 2009;18(6):332–6. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2009.01662.x>.
40. Levy BR, Hausdorff JM, Hencke R, Wei JY. Reducing cardiovascular stress with positive self-stereotypes of aging. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2000;55(4):P205–13. <https://doi.org/10.1093/geronb/55.4.p205>.
41. Fawsitt F, Setti A. Extending the stereotype embodiment model: a targeted review. *Transl Issues Psychol Sci.* 2017;3(4):357.
42. Allan LJ, Johnson JA. Undergraduate attitudes toward the elderly: the role of knowledge, contact and aging anxiety. *Educ Gerontol.* 2008;35(1):1–14. <https://doi.org/10.1080/03601270802299780>.
43. Barnett MD, Adams CM. Ageism and aging anxiety among young adults: relationships with contact, knowledge, fear of death, and optimism. *Educ Gerontol.* 2018;44(11):693–700. <https://doi.org/10.1080/03601277.2018.1537163>.
44. Boswell SS. Predicting trainee ageism using knowledge, anxiety, compassion, and contact with older adults. *Educ Gerontol.* 2012;38(11):733–41. <https://doi.org/10.1080/03601277.2012.695997>.
45. Cherry KE, Brigman S, Lyon BA, Blanchard B, Walker EJ, Smitherman EA. Self-reported ageism across the lifespan: role of aging knowledge. *Int J Aging Hum Dev.* 2016;83(4):366–80. <https://doi.org/10.1177/0091415016657562>.
46. Chung S, Park H. How young and older people differ in discriminatory behaviour towards older people? An explanation of the knowledge–attitude–behaviour continuum model. *Ageing Soc.* 2019;39(9):1996–2017. <https://doi.org/10.1017/S0144686X18000405>.
47. Cooney C, Minahan J, Siedlecki KL. Do feelings and knowledge about aging predict ageism? *J Appl Gerontol.* 2020;0733464819897526. <https://doi.org/10.1177/0733464819897526>.
48. Donizzetti AR. Ageism in an aging society: the role of knowledge, anxiety about aging, and stereotypes in young people and adults. *Int J Environ Res Public Health.* 2019;16(8):1329. <https://doi.org/10.3390/ijerph16081329>.
49. Even-Zohar A, Werner S. The effect of educational interventions on willingness to work with older adults: a comparison of students of social work and health professions. *J Gerontol Soc Work.* 2020;63(1–2):114–32. <https://doi.org/10.1080/01634372.2020.1712511>.
50. Getting L, Fethney J, McKee K, Churchward M, Goff M, Matthews S. Knowledge, stereotyping and attitudes towards self ageing. *Australas J Ageing.* 2002;21(2):74–9. <https://doi.org/10.1111/j.1741-6612.2002.tb00421.x>.
51. Gewirtz-Meydan A, Even-Zohar A, Werner S. Examining the attitudes and knowledge of social work and nursing students on later-life sexuality. *Can J Aging.* 2018;37(4):377–89. <https://doi.org/10.1017/S0714980818000260>.
52. Goriup J, Lahe D. The role of education and knowledge about aging in creating young people's attitudes to the elderly. *Acta Educ Gen.* 2018;8(1):63–75. <https://doi.org/10.2478/atd-2018-0004>.
53. Kurth ML, Intrieri RC. Attitudes, perceptions, and aging knowledge of future law enforcement and recreation majors. *Educ Gerontol.* 2017;43(6):313–26. <https://doi.org/10.1080/03601277.2017.1296297>.
54. Lahe D, Goriup J. The role of knowledge about aging in creating young people's attitudes to the elderly. *Solsko Polje.* 2017;28(1/2):115–130.
55. Milutinovic D, Simin D, Kacavendic J, Turkulov V. Knowledge and attitudes of health care science students toward older people. *Med Pregl.* 2015;68:382–6. doi/10.2298/MPNS1512382M.
56. Rababa M, Hammouri AM, Hweidi IM, Ellis JL. Association of nurses' level of knowledge and attitudes to ageism toward older adults: cross-sectional study. *Nurs Health Sci.* 2020;22(3):593–601. <https://doi.org/10.1111/nhs.12701>.
57. Shiovitz-Ezra S, Ayalon L, Brodsky J, Doron I. Measuring ageism based on knowledge, attitudes and behavior: findings from an Israeli pilot study. *Ageing Int.* 2016;41(3):298–310. <https://doi.org/10.1007/s12126-016-9251-9>.
58. Stahl ST, Metzger A. College students' ageist behavior: the role of aging knowledge and perceived vulnerability to disease. *Gerontol Geriatr Educ.* 2013;34(2):197–211. <https://doi.org/10.1080/02701960.2012.718009>.
59. Wisdom NM, Connor DR, Hogan LR, Callahan JL. The relationship of anxiety and beliefs toward aging in ageism. *J Sci Psychol.* 2014:10–21.
60. Cottle NR, Glover RJ. Combating ageism: change in student knowledge and attitudes regarding aging. *Educ Gerontol.* 2007;33(6):501–12. <https://doi.org/10.1080/03601270701328318>.
61. Boswell SS. "Old people are cranky": helping professional trainees' knowledge, attitudes, aging anxiety, and interest in working with older adults. *Educ Gerontol.* 2012;38(7):465–72. <https://doi.org/10.1080/03601277.2011.559864>.
62. Intrieri RC, Kurth ML. Racial differences in attitudes toward aging, aging knowledge, and contact. *Educ Gerontol.* 2018;44(1):40–53. <https://doi.org/10.1080/03601277.2017.1388962>.
63. Narayan C. Is there a double standard of aging? Older men and women and ageism. *Educ Gerontol.* 2008;34(9):782–7. <https://doi.org/10.1080/03601270802042123>.
64. Stuart-Hamilton I, Mahoney B. The effect of aging awareness training on knowledge of, and attitudes towards, older adults. *Educ Gerontol.* 2003;29(3):251–60. <https://doi.org/10.1080/713844305>.
65. Cowan DT, Fitzpatrick JM, Roberts JD, While AE. Measuring the knowledge and attitudes of health care staff toward older people: sensitivity of measurement instruments. *Educ Gerontol.* 2004;30(3):237–54. <https://doi.org/10.1080/03601270490273169>.
66. Gekoski WL, Knox VJ. Ageism or healthism? Perceptions based on age and health status. *J Aging Health.* 1990;2(1):15–27. <https://doi.org/10.1177%2F089826439000200102>.
67. James JW, Haley WE. Age and health bias in practicing clinical psychologists. *Psychol Aging.* 1995;10(4):610–6. <https://doi.org/10.1037//0882-7974.10.4.610>. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.10.4.610>.

68. Ng R, Allore HG, Trentalange M, Monin JK, Levy BR. Increasing negativity of age stereotypes across 200 years: evidence from a database of 400 million words. PLOS ONE. 2015;10(2):e0117086. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0117086>.
69. North MS, Fiske ST. Modern attitudes toward older adults in the aging world: a cross-cultural meta-analysis. Psychol Bull. 2015;141(5):993–1021. <https://doi.org/10.1037/a0039469>.
70. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/186466>, consultado el 13 de octubre del 2020).
71. Gaster L. Past it at 40? A grassroots view of ageism and discrimination in employment. Bristol (Inglaterra): Policy Press; 2002.
72. Kuchler H. Silicon Valley ageism: 'They were, like, wow, you use Twitter?'. Financial Times. 30 de julio del 2017 (<https://www.ft.com/content/d54b6fb4-624c-11e7-91a7-502f7ee26895>, consultado el 13 de octubre del 2020).
73. Finkelstein LM, Burke MJ, Raju NS. Age-discrimination in simulated employment contexts – an integrative analysis. J Appl Psychol. 1995;80(6):652–63. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.80.6.652>.
74. Gordon RA, Arvey RD. Age bias in laboratory and field settings: a meta-analytic investigation. J Appl Soc Psychol. 2004;34(3):468–92. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2004.tb02557.x>.
75. Bal AC, Reiss AE, Rudolph CW, Baltes BB. Examining positive and negative perceptions of older workers: a meta-analysis. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 2011;66(6):687–98. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbr056>.
76. Abrams D, Crisp RJ, Marques S, Fagg E, Bedford L, Provias D. Threat inoculation: experienced and imagined intergenerational contact prevents stereotype threat effects on older people's math performance. Psychol Aging. 2008;23(4):934–9. <https://doi.org/10.1037/a0014293>.
77. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, the PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. PLOS Med. 2009;6(7):e1000097. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>.
78. Case S, Haines K. Risky business? The risk in risk factor research. Crim Justice Matters. 2010;80(1):20–2. <https://doi.org/10.1080/09627251.2010.482234>.
79. Kraemer HC, Kazdin AE, Offord DR, Kessler RC, Jensen PS, Kupfer DJ. Coming to terms with the terms of risk. Arch Gen Psychiatry. 1997;54(4):337–43. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1997.01830160065009>.

05

A ESCALA, O IMPACTO E OS DETERMINANTES DO IDADISMO CONTRA JOVENS

MRIDUL, 29,
ÍNDIA

“ Como jovem, me torno apenas mais um dado estatístico do ‘dividendo demográfico’, ou um problema a ser resolvido, ignorando totalmente meu engajamento político e social. Como jovem, se eu quiser contribuir para a sociedade de alguma maneira, pessoas que já estão ganhando muito bem sugerem que eu ‘me ofereça como voluntário para aprender’, mesmo que eu já venha fazendo isso há mais de uma década. A cada dólar que me é dado, normas adicionais de responsabilidade e transparência também me são transmitidas, formal ou informalmente, como se ser jovem significasse ser incompetente, descuidado e/ou corrupto. ”

Mridul, 29, Índia

© Mridul Upadhyay / Grupo Principal de las Naciones Unidas para Niños y Jóvenes

Pouco se sabe sobre o idadismo contra pessoas mais jovens (com menos de 50 anos), sendo que a maior parte das evidências se atém sobre a prevalência desse e sobre suas manifestações.

O idadismo contra as populações mais jovens ocorre em instituições como no local de trabalho e nos sistemas jurídicos e políticos, e, na Europa, parece ser mais prevalente que o idadismo contra as pessoas idosas.

O impacto do idadismo contra as pessoas mais jovens ainda é pouco compreendido.

Os principais fatores determinantes do idadismo contra as populações mais jovens incluem determinados traços de personalidade, se há ou não contato com outras faixas etárias, o estado da saúde e a dependência de atenção de terceiros, bem como trabalhar em certas profissões ou setores.

5.1 A ESCALA DO IDADISMO CONTRA PESSOAS MAIS JOVENS

O idadismo contra as populações mais jovens se manifesta em várias instituições, inclusive no local de trabalho, no sistema jurídico e na política. Em estudos populacionais, há também evidências crescentes de idadismo interpessoal contra adultos mais jovens, que indicam que na Europa pode ser mais prevalente que o idadismo contra as pessoas idosas. Nenhuma evidência está disponível sobre a magnitude do idadismo autodirigido nas populações mais novas.

5.1.1 Idadismo institucional

O idadismo no local de trabalho

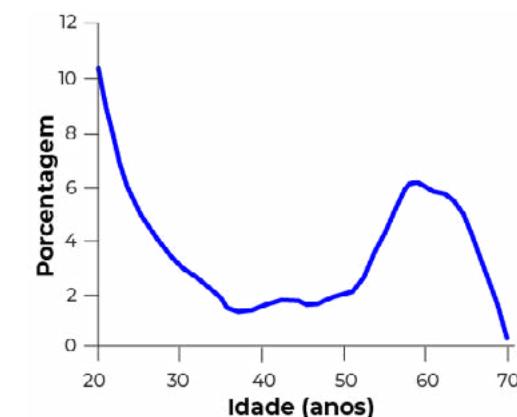
Embora nenhuma análise tenha avaliado sistematicamente de que forma o idadismo afeta as populações mais jovens no local de trabalho, uma evidência recente sobre o escopo desse idadismo constatou que há evidências crescentes de que nesse grupo o idadismo se manifesta mais acentuadamente quando os jovens

entram para o mercado de trabalho, especialmente em termos de salário e benefícios (1). Isto se aplica mais às mulheres mais jovens do que aos homens mais jovens, e é um caso em que o idadismo intersecciona com o sexismo. Os trabalhadores mais jovens também indicaram que não se sentem apreciados e que ficam sujeitos a estereótipos negativos por serem vistos, em geral, como incompetentes por terem aparência jovem (1). Dados do Levantamento Europeu de Condições de Trabalho de 2015, que incluiu cerca de 44 mil trabalhadores de 35 países, revelaram que, entre os que estavam empregados, o pico do idadismo ocorreu aos 20 anos e novamente aos 59 anos (ver Fig. 5.1) (2).

O idadismo também pode forçar os trabalhadores mais jovens a ficarem desempregados. Um estudo realizado na Austrália entre 2002 e 2005 e que analisou as circunstâncias que levaram 1.259 pessoas com idades de 15 a 24 anos a perderem seus empregos relatou que cerca de 8% dos casos foram consequência da discriminação com base na idade (3).

Mais pesquisas são necessárias para examinar o idadismo contra as pessoas mais jovens, para determinar se esse ocorre devido à idade do candidato ou a outros fatores como qualificações e experiência de trabalho, alinhamento entre o cargo e o candidato, nível do cargo ou o contexto do local de trabalho (por exemplo, dinâmico em vez de estável) (1).

Fig. 5.1. Porcentagem de empregados que enfrentaram discriminação por idade nos 12 últimos meses, na Europa em 2015, segundo a faixa etária



Fonte: reproduzido com permissão de Mullan et al. (2)

O idadismo e o sistema judiciário

Uma revisão de escopo do idadismo contra as populações mais jovens determinou que os crimes cometidos por jovens suscitaram mais raiva, foram vistos como mais graves e merecedores de punições mais severas que os cometidos por agressores de mais idade. Quando foi considerada a idade da vítima do crime, os resultados foram indefinidos, sendo que alguns estudos revelaram que as transgressões foram avaliadas de maneira mais séria e receberam recomendações para que o castigo fosse mais severo quando a vítima era um adulto mais velho, enquanto outros não demonstraram nenhum efeito da idade (1). Um estudo nos Estados Unidos constatou que era mais provável que as empresas ganhassem ações na justiça quando o funcionário era mais jovem do que quando era mais velho (4).

O idadismo e a política

Um número crescente de estudos também tem analisado de que forma o idadismo

Este capítulo apresenta um levantamento do que se sabe sobre o idadismo contra pessoas mais jovens, ou seja, com menos de 50 anos. A Seção 5.1 apresenta as evidências sobre a magnitude do idadismo contra as pessoas mais jovens, a 5.2 discute seu impacto e a 5.3 apresenta os fatores determinantes do idadismo contra as pessoas mais jovens.

se manifesta na política, e constatou que há uma tendência de duvidar, negar ou ignorar as vozes dos jovens e das crianças, de regulamentar as suas identidades e de limitar, de maneira geral, seus esforços nos movimentos políticos e de ativismo (1), por exemplo, ao ignorar suas contribuições para as discussões políticas ou questionar a autenticidade das perspectivas dos organizadores jovens.

Na política, o idadismo contra as pessoas jovens interage com o sexismo e o racismo. Um estudo considerou as experiências das ativistas jovens de grupos trabalhistas envolvidas em programas de jovens e constatou que a idade das mulheres interage com o sexo e a identidade racial delas, e que cria desvantagens sistêmicas e experiências desfavoráveis (5).

Outro estudo constatou que, no Egito, mulheres ativistas jovens muitas vezes enfrentavam limitações para atuarem na política ou se engajarem com instituições formais devido à idade e ao gênero (6).

Estudos que simularam eleições para prefeitos constataram que a idade do candidato teve mais influência sobre o comportamento de votação do que o sexo/gênero ou a raça, sendo que os candidatos de meia-idade eram preferidos em relação aos mais novos (7, 8).

Os adultos de idade madura, especialmente os homens, gozam de maior status, riqueza e poder, de acordo com os estudos que examinaram o nível do status e do poder outorgado às pessoas com base na idade que têm. A percepção é de que os adultos mais jovens gozam de pior status, riqueza e poder (1).

Outras instituições

Poucas pesquisas investigaram se o idadismo

se manifesta contra as pessoas mais jovens em outras instituições, como na assistência de saúde, na mídia e nas instituições financeiras, e como isso ocorre. Com relação à discriminação habitacional, um relatório de 2002 constatou que, no Canadá, locatários mais jovens foram por vezes rejeitados pelos locadores por serem jovens demais para viverem sós (9).

5.1.2 Idadismo interpessoal

Atitudes idadistas contra os adultos mais jovens

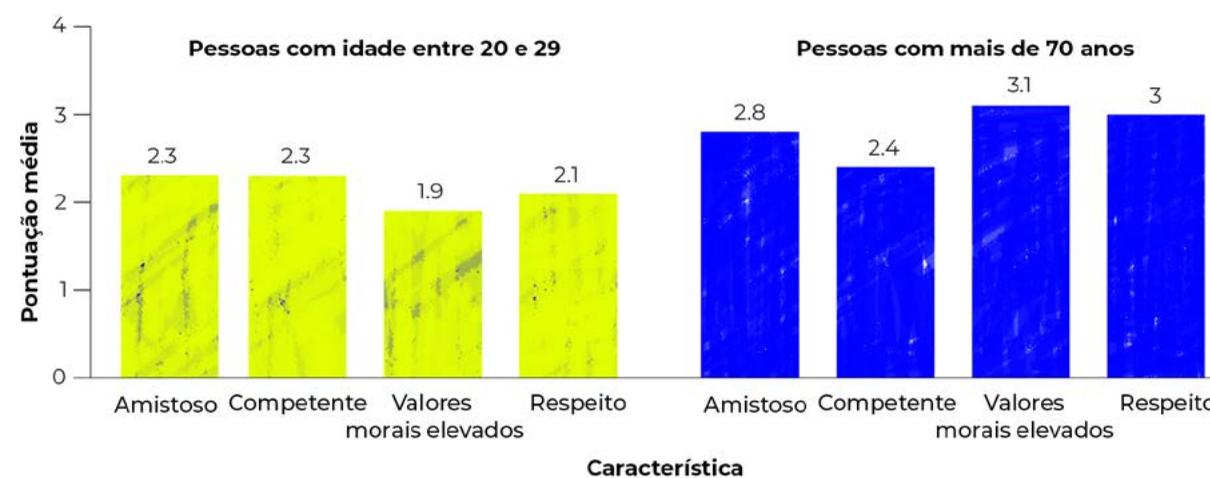
Apesar de não haver dados globais transnacionais sobre atitudes idadistas contra adultos mais jovens, parece que, de maneira geral, há uma tendência de relatar sentimentos menos positivos contra os mais jovens que contra os mais idosos (10, 11).

Em uma análise com base na quarta onda do Levantamento Social Europeu (2008-2009), que incluiu uma amostra representativa de cerca de 55 mil participantes com idades de 15 anos ou mais em 28 países europeus, os adultos mais jovens receberam classificações inferiores às das pessoas idosas em toda uma gama de estereótipos positivos (10). Como ilustra a Fig. 5.2, as pessoas na faixa dos vinte anos receberam classificações mais baixas nas quatro características examinadas pelo levantamento, que incluíram serem vistos como amistosos, competentes, respeitosos e terem altos padrões morais.

Experiências relatadas sobre o idadismo interpessoal

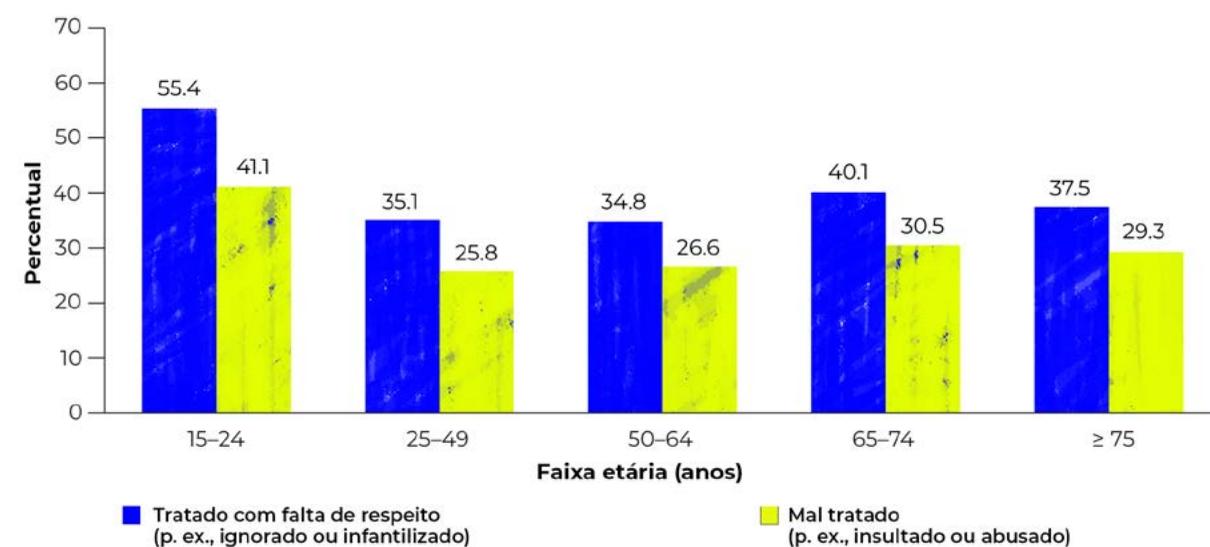
No Levantamento Social Europeu (2008-2009), as pessoas com idade de 15 a 24 anos informaram que enfrentam o tratamento mais injusto em função da idade: 55% deles declararam que alguém lhes houvera faltado com respeito ou que os tratara mal (ver Fig.

Fig. 5.2. Probabilidade de que a maioria das pessoas veja os jovens de 20 a 29 anos e as pessoas idosas de mais de 70 anos como detentores de certas características (pontuações médias entre os países do Levantamento Social Europeu, 2008–2009. A escala varia de 0 a 4, sendo que “0” indica totalmente improvável e “4” indica muito provável)



Fonte: reproduzido com permissão de Abrams et al. (10).

Fig. 5.3. Percentual de pessoas nos países que participaram do Levantamento Social Europeu no período 2008–2009 e que revelaram terem enfrentado tratamento injusto em função da idade, do sexo ou da origem racial ou étnica, segundo a faixa etária (inclui somente indivíduos que não consideraram sua experiência como “0” numa escala de “0” a “4”, onde “0” significa que a pessoa nunca vivenciou tratamento injusto e “4” indica que a pessoa vivenciou tratamento injusto com muita frequência)



Fonte: reproduzido com permissão de Abrams et al. (10).

5.3). Além disso, assim como em todas as outras faixas etárias, as pessoas de 15 a 24 anos relataram ter enfrentado mais discriminação com base na idade que com base no gênero, na raça ou na origem étnica (ver Fig. 2.4) (10).

Portanto, as evidências de idadeísmo institucional e interpessoal contra as pessoas mais jovens se limitam à Região da Europa da OMS. Há falta de evidências sobre a proporção do idadeísmo autodirigido nas pessoas mais jovens.

5.2 O IMPACTO DO IDADISMO CONTRA PESSOAS MAIS JOVENS

As evidências relativas ao impacto do idadeísmo sobre as pessoas mais jovens são extremamente limitadas - foram identificados somente 10 estudos - e os resultados produzidos foram divergentes (1).

O idadeísmo pode afetar a saúde ao se deparar com outros "-ismos". Um estudo no Brasil, que investigou o impacto de diferentes formas de discriminação sobre os transtornos mentais, revelou que por si só o idadeísmo não estava associado a transtornos mentais, mas houve uma associação quando ocorreu juntamente com o racismo, com questões de classe social ou com ambos (12).

As evidências sugerem que o idadeísmo tem impacto limitado sobre o bem-estar e a autoestima das pessoas mais jovens. Um estudo, que incluiu uma amostra grande de europeus, revelou que a percepção de discriminação com base na idade teve o maior impacto sobre a felicidade e a satisfação com a vida nas pessoas de 40 a 70 anos e que o menor impacto foi nas de 20 a 30 anos e nas de 70 anos ou mais (13). Um

outro estudo apoiou essas constatações, e revelou que a discriminação contra a idade não teve nenhum impacto sobre o bem-estar dos adultos mais jovens (14).

Dois outros estudos revelaram que o idadeísmo teve um impacto limitado sobre as pessoas mais jovens. O primeiro relatou que quanto maior a insegurança dos trabalhadores mais jovens com respeito a serem estereotipados, pior seu humor e mais insatisfeitos ficaram com os colegas de trabalho idosos (15). O segundo chegou à conclusão de que os comportamentos de comunicação com viés etário tiveram impacto apenas ligeiro sobre a autoestima ou a satisfação com a vida por parte dos adultos mais jovens comparado com as pessoas idosas. Porém, quando pessoas idosas foram vistas tentando ajustar seu estilo de comunicação para se comunicarem com os mais jovens, o sentimento de autoestima coletiva das pessoas mais jovens melhorou (16).

Os resultados sobre o impacto do idadeísmo no desempenho cognitivo são inconsistentes. Dois estudos examinaram o impacto da exposição das pessoas mais jovens a estereótipos negativos de idade sobre seu desempenho cognitivo. Um constatou que houve impacto negativo (17), já o outro verificou que houve um impacto positivo, mas apenas quando pessoas mais jovens se viam sob o controle de poderosas pessoas; do contrário, não houve nenhum efeito (18).

No local de trabalho, estudos revelam que a percepção de discriminação com base na idade reduz comprometimento tanto dos mais jovens como dos idosos para com a organização (19, 20). Um estudo qualitativo também revelou que o idadeísmo afetou as identidades das funcionárias mais jovens, levando-as a se apresentarem conscientemente como mais velhas e menos femininas por meio das vestimentas, do discurso e do comportamento (21).

Apesar de este limitado conjunto de evidências ter identificado alguns efeitos negativos do idadeísmo contra as pessoas mais jovens, os resultados são fracos e incoerentes. Além disso, efeitos importantes do idadeísmo identificados nas pessoas idosas - como efeitos sanitários e econômicos graves - continuam em grande parte não estudados nos jovens.

5.3 OS FATORES DETERMINANTES DO IDADISMO CONTRA PESSOAS MAIS JOVENS

Diferentes características individuais asso-

ciadas com ser um autor de idadeísmo ou alvo desse foram identificadas na literatura, bem como uma série de fatores determinantes contextuais do idadeísmo orientado a populações mais jovens (1).

5.3.1 Características individuais associadas com a autoria do idadeísmo interpessoal

Várias características individuais podem ser associadas com se tornar autor do idadeísmo contra pessoas mais jovens, incluindo o sexo ou gênero, a idade, a falta de amizades intergeracionais e certos traços de personalidade (ver Tabela 5.1).

Os resultados com respeito ao sexo ou gênero como um fator determinante para

Tabela 5.1. Determinantes do idadeísmo contra pessoas mais jovens

		IDADISMO INTERPESSOAL			
		TIPO DE DETERMINANTE	TIPO DE ASSOCIAÇÃO		
IDADISMO INTERPESSOAL	DETERMINANTES NO NÍVEL DE INDIVÍDUO	CAUSADOR	Sexo	Incerto	
			Idade	Incerto	
			Traços de personalidade	Agradabilidade	Menor idadeísmo (fator de proteção) Maior idadeísmo no local de trabalho (fator de risco)
		ALVO	Contato com outras faixas etárias, incluindo o contato dos avós com os netos e amizades intergeracionais	Retidão	Menor idadeísmo (fator de proteção)
			Sexo	Feminino	Maior idadeísmo (em alguns contextos profissionais) (fator de risco)
			Condição de saúde e dependência de cuidados por terceiros	Saúde mais deteriorada	Maior idadeísmo (fator de risco)
	Profissão e setor ocupacional		Algumas profissões e alguns setores ocupacionais (p. ex., ensino)	Maior idadeísmo (fator de risco)	
	DETERMINANTES CONTEXTUAIS	Apresentação das pessoas mais jovens nos estudos experimentais que simulam ambientes da vida real	Informações mais detalhadas sobre a pessoa mais jovem	Menor idadeísmo (fator de proteção)	

perpetrar o idadismo contra pessoas mais jovens são incoerentes. Alguns estudos indicam que as mulheres podem ser menos preconceituosas contra pessoas mais jovens que os homens, enquanto que outros estudos não encontraram nenhuma diferença (11, 22-24).

A imagem geral está pouco clara sobre se a idade mais avançada ou mais jovem é um fator de risco para perpetrar o idadismo contra as pessoas mais jovens (1). Por exemplo, em um estudo sobre a inspeção visual do rosto, as pessoas idosas passaram mais tempo examinando o rosto de pessoas da própria idade que o de pessoas de outras idades, e o mesmo foi feito pelas pessoas mais jovens (25). Outros estudos indicam que as pessoas mais jovens podem, por vezes, apresentar atitudes mais idadistas em relação às pessoas da própria idade do que em relação às pessoas de outras faixas etárias (26, 27).

O traço de personalidade "ser agradável" está associado com ter menos atitudes idadistas em relação às pessoas mais jovens (26). No entanto, a retidão parece ser um indicativo de atitudes mais idadistas em relação do desempenho de trabalhadores mais jovens (28).

Um estudo realizado em 25 países da União Europeia constatou que as pessoas idosas que relataram ter amizades intergeracionais tenderam a serem menos idadistas em relação aos mais jovens do que os que informaram não ter tais amizades. Mesmo assim, o idadismo praticado pelas pessoas idosas contra os jovens ainda foi maior do que o idadismo que os jovens, que relataram ter amizades entre gerações, praticavam contra as pessoas idosas (29).

5.3.2 Características individuais associadas com ser alvo de idadismo interpessoal

Há evidências limitadas sobre as características individuais que podem ser associadas com ser alvo do idadismo.

Há algumas evidências de que ser mulher pode, em certas ocupações profissionais, aumentar a probabilidade de ser alvo de idadismo contra as pessoas mais jovens. Por exemplo, um estudo revelou que estudantes tinham menos expectativas em relação ao desempenho de professoras jovens e não atraentes do que de professores homens jovens ou de outras faixas etárias não atraentes (30).

Estar com a saúde debilitada ou depender da atenção de terceiros também foi visto, em um estudo, como um fator de risco de percepções negativas por parte de pessoas mais jovens (31).

5.3.3 Fatores determinantes contextuais do idadismo interpessoal

A profissão e o setor ocupacional foram identificados como sendo possíveis fatores determinantes contextuais do idadismo interpessoal. Em algumas profissões, há evidências limitadas de idadismo contra as pessoas mais jovens. Por exemplo, em um estudo experimental, os participantes demonstraram preferência pela contratação de um candidato de meia-idade, em relação a um jovem, para o cargo de guia de turismo, apesar dos candidatos terem as mesmas qualificações (32). Outro estudo indica que os professores mais jovens são mais cobrados em termos de competência profissional do que professores mais velhos (30).

A quantidade de informações fornecidas sobre uma pessoa mais jovem também foi descrita como um possível fator determinante contextual do idadismo. Nos estudos experimentais que simulam os contextos da vida real, quanto mais informações são fornecidas sobre uma pessoa mais jovem, menor a probabilidade de que essa seja sujeita ao idadismo (30, 33-35).

5.3.4 Idadismo institucional e contra si próprio

Não há evidências sobre os fatores determinantes do idadismo institucional contra as pessoas mais jovens, nem tampouco sobre os determinantes do idadismo contra si mesmo em pessoas mais jovens.

5.4 CONCLUSÕES E PERSPECTIVAS FUTURAS

Muito pouco se sabe sobre a magnitude, o impacto e os fatores determinantes do idadismo contra as pessoas mais jovens. No entanto, há algumas evidências de que esse ocorre no local de trabalho e nos sistemas jurídicos e políticos. Na Europa, a única região que dispõe de dados, as atitudes em relação às pessoas mais jovens são muitas vezes mais negativas que em relação às mais velhas, e as pessoas mais jovens informam que enfrentam mais discriminação com base na idade do que todos os outros grupos.

O impacto do idadismo contra as pessoas mais jovens, especialmente o impacto cumulativo sobre o curso de vida, não está bem compreendido. Os principais fatores determinantes do idadismo contra as pessoas mais jovens incluem os traços de personalidade, agradabilidade (fator de proteção) e retidão (fator de risco), o contato com outras faixas etárias (fator de proteção), a dependência da

atenção de terceiros ou ter a saúde debilitada (fatores de risco) e exercer certas profissões ou atuar em determinados setores (fatores de risco). As prioridades futuras para aumentar nossa compreensão sobre o idadismo contra as pessoas mais jovens devem incluir:

- o monitoramento do idadismo em diversos meios institucionais, incluindo no local de trabalho e nas instituições jurídicas e políticas;
- a melhoria de nossa compreensão sobre todos os aspectos do problema - sua escala, seu impacto e seus fatores determinantes - especialmente nos países de baixa e média renda, onde atualmente quase não há pesquisas e onde as pessoas mais jovens frequentemente representam grande parte da população (ver [Quadro 5.1](#));
- assegurar a melhor compreensão da escala, do impacto e dos fatores determinantes do idadismo contra as pessoas mais jovens para informar as estratégias adotadas para abordar o idadismo contra as pessoas mais jovens.

Quadro 5.1

Oportunidades para pesquisa sobre o idadismo contra as pessoas mais jovens

Os resultados sobre o idadismo contra as populações mais jovens são baseados, principalmente, em uma revisão de escopo encomendada para este relatório (1). Essa análise usou uma estratégia de busca abrangente que incluiu 13 bases de dados e três idiomas (inglês, francês e espanhol). Foram incluídos 263 estudos quantitativos e qualitativos e feitos os primeiros esforços sistemáticos para acumular evidências sobre o idadismo contra as pessoas mais jovens, definidos como aqueles com menos de 50 anos. A análise da avaliação foi complementada por uma verificação da qualidade das evidências sobre o impacto e dos fatores determinantes do idadismo contra as pessoas mais jovens.

Uma limitação dos estudos identificados foi o fato de que muitos são de natureza transversal. Isto dificulta determinar se as associações encontradas - entre o idadismo e seus impactos, por um lado, e os fatores determinantes do idadismo, por outro - são, na verdade, causais. Outra limitação se relaciona com a terminologia incoerente usada para se referir ao idadismo contra as pessoas mais jovens (por exemplo, adultismo, criancismo), que complicam a comparação entre os estudos.

As pesquisas futuras devem explorar os fatores determinantes e a prevalência do idadismo contra as pessoas mais jovens nos países de alta, média e baixa de renda, incluindo o idadismo institucional, interpessoal e contra si mesmo. É muito importante investigar o impacto do idadismo nas populações mais jovens, inclusive os sanitários e econômicos, no curto prazo e de maneira acumulada durante o curso da vida. Se por ventura o idadismo contra as pessoas mais jovens for generalizado, mas tiver impacto limitado, abordá-lo talvez seja uma prioridade menor do que reduzir o idadismo contra pessoas idosas. É possível, porém, que o efeito acumulado do idadismo contra pessoas mais jovens ao longo do curso da vida tenha um impacto pesado. Também incentivamos aos pesquisadores a realizarem mais estudos sobre a maneira como o idadismo impacta as crianças, visto que essa é uma área relativamente inexplorada.

REFERÊNCIAS

1. de la Fuente-Núñez V, Schwartz E, Roy S, Ayalon L. A scoping review on ageism against younger populations. Unpublished.
2. Mullan J, Llave OV, Wilkens M. Working conditions of workers of different ages: European Working Conditions Survey 2015. Luxembourg; Publications Office of the European Union: 2017 (https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_publication/field_ef_document/ef1747en.pdf, accessed 2 April 2020).
3. Kellner A, McDonald P, Waterhouse J. Sacked! An investigation of young workers' dismissal. *J Manag Organ*. 2011;17:226–44. <https://doi.org/10.5172/jmo.2011.17.2.226>.
4. Miller CS, Kaspin JA, Schuster MH. The impact of performance appraisal methods on age discrimination in employment act cases. *Pers Psychol*. 1990;43:555–78. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6570.1990.tb02396.x>.
5. Kainer J. Intersectionality at work: young women organizers' participation in labour youth programs in Canada. *Resour Fem Res*. 2016;34:102-32. (<https://jps.library.utoronto.ca/index.php/rfr-drf/article/view/27574>, accessed 22 October 2020).
6. Salem R, Ibrahim B, Brady M. Negotiating leadership roles: young women's experience in rural Egypt. *Women's Stud Q*. 2003;31:174–91 (<https://www.jstor.org/stable/40003326>, accessed 16 April 2020).
7. Piliavin JA. Age, race, and sex similarity to candidates and voting preference. *J Appl Soc Psychol*. 1987;17:351–68. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.1987.tb00318.x>.
8. Sigelman L, Sigelman CK. Sexism, racism, and ageism in voting behavior: an experimental analysis. *Soc Psychol Q*. 1982;45:263–9. <https://doi.org/10.2307/3033922>.
9. Novac S, Darden J, Hulchanski D, Seguin A-M. Housing discrimination in Canada: the state of knowledge. Ottawa: Canada Mortgage and Housing Corporation; 2002 (http://www.hnc.utoronto.ca/pdfs/home/Novac_Discrimination-Lit-Re.pdf, accessed 16 July 2020).
10. Abrams D, Russell PS, Vauclair CM, Swift H. Ageism in Europe: findings from the European Social Survey. London: Age UK; 2011 (https://www.ageuk.org.uk/Documents/EN-GB/For-professionals/ageism_across_europe_report_interactive.pdf?dtrk=true, accessed 12 May 2020).
11. Ayalon L. Feelings towards older vs. younger adults: results from the European Social Survey. *Educ Gerontol*. 2013;39:888–901. <https://doi.org/10.1080/03601277.2013.767620>.
12. Bastos JL, Barros AJD, Celeste RK, Paradies Y, Faerstein E. Age, class and race discrimination: their interactions and associations with mental health among Brazilian university students. *Cad Saude Publica*. 2014;30:175–86. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00163812>.
13. Hnilica K. Discrimination and subjective well-being: protective influences of membership in a discriminated category. *Cent Eur J Public Health*. 2011;19:3–6. <https://doi.org/10.21101/cejph.a3608>.
14. Garstka TA, Schmitt MT, Branscombe NR, Hummert ML. How young and older adults differ in their responses to perceived age discrimination. *Psychol Aging*. 2004;19:326–35. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.19.2.326>.
15. Ryan KM, King EB, Finkelstein LM. Younger workers' metastereotypes, workplace mood, attitudes, and behaviors. *J Manag Psychol*. 2015;30:54–70. <https://doi.org/10.1108/JMP-07-2014-0215>.
16. Noels KA, Giles H, Cai D, Turay L. Perceptions of inter-and intra-generational communication in the United States of America and the People's Republic of China: implications for self-esteem and life satisfaction. *S Pac J Psychol*. 1999;10:120–35. <https://doi.org/10.1017/S0257543400001085>.

17. Andreoletti C, Lachman ME. Susceptibility and resilience to memory aging stereotypes: education matters more than age. *Exp Aging Res.* 2004;30:129–48.
<https://doi.org/10.1080/03610730490274167>.
18. Hehman JA, Bugental DB. "Life stage-specific" variations in performance in response to age stereotypes. *Dev Psychol.* 2013;49:1396–406. <https://doi.org/10.1037/a0029559>.
19. Snape E, Redman T. Too old or too young? The impact of perceived age discrimination. *Hum Resour Manag J.* 2003;13:78–89. <https://doi.org/10.1111/j.1748-8583.2003.tb00085.x>.
20. Rabl T, Triana M-C. How German employees of different ages conserve resources: perceived age discrimination and affective organizational commitment. *Int J Hum Resour.* 2013;24:3599–612. <https://doi.org/10.1080/09585192.2013.777936>.
21. Worth N. Who we are at work: millennial women, everyday inequalities and insecure work. *Gend Place Cult.* 2016;23:1302–14. <https://doi.org/10.1080/0966369X.2016.1160037>.
22. Diekmann AB, Hirnisey L. The effect of context on the silver ceiling: a role congruity perspective on prejudiced responses. *Personal Soc Psychol Bull.* 2007;33:1353–66. <https://doi.org/10.1177/0146167207303019>.
23. Erber JT, Szuchman LT, Prager IG. Ain't misbehavin': the effects of age and intentionality on judgments about misconduct. *Psychol Aging.* 2001;16:85–95.
<https://doi.org/10.1037/0882-7974.16.1.85>.
24. Kogan N. A study of age categorization. *J Gerontol.* 1979;34:358–67.
<https://doi.org/10.1093/geronj/34.3.358>.
25. He Y, Ebner NC, Johnson MK. What predicts the own-age bias in face recognition memory? *Soc Cogn.* 2011;29:97-109. <https://doi.org/10.1521/soco.2011.29.1.97>.
26. Gluth S, Ebner NC, Schmiedek F. Attitudes toward younger and older adults: the German aging semantic differential. *Int J Behav Dev.* 2010;34:147–58.
<https://doi.org/10.1177/0165025409350947>.
27. Gross EF, Hardin CD. Implicit and explicit stereotyping of adolescents. *Soc Justice Res.* 2007;20:140–60. <https://doi.org/10.1007/s11211-007-0037-9>.
28. Kmicinska M, Zaniboni S, Truxillo DM, Fraccaroli F, Wang M. Effects of rater conscientiousness on evaluations of task and contextual performance of older and younger co-workers. *Eur J Work Organ Psychol.* 2016;25:707–21.
<https://doi.org/10.1080/1359432X.2016.1147428>.
29. Dykstra PA, Fleischmann M. Are societies with a high value on the Active Ageing Index more age integrated? In: Zaidi A, Harper S, Howse K, Lamura G, Perek-Bialas J, editors. *Building evidence for active ageing policies.* Singapore: Springer; 2018:19–37.
30. Goebel BL, Cashen VM. Age stereotype bias in student ratings of teachers: teacher, age, sex, and attractiveness as modifiers. *College Student Journal.* 1985;19:404–10.
(<https://psycnet.apa.org/record/1987-23500-001>, accessed 21 October 2020).
31. Gekoski WL, Knox VJ. Ageism or healthism? Perceptions based on age and health status. *J Aging Health.* 1990;2(1):15–27. <https://doi.org/10.1177/089826439000200102>.
32. Luoh H-F, Tsaur S-H. Customers' perceptions of service quality: do servers' age stereotypes matter? *Int J Hosp Manag.* 2011;30:283–9. <https://doi.org/10.1016/j.ijhm.2010.09.002>.
33. Kite ME, Johnson BT. Attitudes toward older and younger adults: a meta-analysis. *Psychol Aging.* 1988;3:233–44. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.3.3.233>.
34. Kite ME, Stockdale GD, Whitley BE Jr, Johnson BT. Attitudes toward younger and older adults: an updated meta-analytic review. *J Soc Issues.* 2005;61:241–66.
<https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.2005.00404.x>.
35. Kite ME, Wagner LS. Attitudes toward older adults. In: Nelson TD, editor. *Ageism: stereotyping and prejudice against older persons.* Cambridge (MA): MIT Press; 2002:129–61.

06

ESTRATÉGIA 1: POLÍTICAS E LEIS

**KHALED, 26,
EGITO**

“ Desde o início da idade adulta me interessei por trabalhar com direitos humanos. Comecei a trabalhar neste campo me envolvendo em diversas atividades, e desde então enfrentei muita discriminação por ser jovem. ”

Khaled, 26, Egito

© Khaled Emam / Grupo Principal das Nações Unidas para Crianças e Jovens

As políticas e leis podem ser usadas para reduzir ou eliminar o idadismo contra qualquer faixa etária.

Dentre as políticas e leis para reduzir ou eliminar o idadismo, há, por exemplo, leis que abordam a discriminação com base na idade e na desigualdade, bem como políticas para assegurar o respeito à dignidade de todas as pessoas independentemente da idade e de leis de direitos humanos.

Algumas evidências diretas indicam que as políticas e as leis reduzem o idadismo, e há evidências indiretas sugerindo que as políticas e as leis reduzem outros “-ismos” (por exemplo, o racismo e o sexismo) e que poderiam, portanto, funcionar também para reduzir o idadismo.

6.1 O QUE SÃO E COMO FUNCIONAM

A promulgação de políticas e leis é uma estratégia importante que pode ser usada para reduzir ou eliminar o idadismo, principalmente a discriminação por idade (1). Políticas são planos, compromissos ou modos de ação empreendidos para afetar uma dada questão dentro de uma sociedade. As políticas fornecem em geral uma estrutura contra a qual as propostas ou as atividades podem ser testadas ou medidas. São exemplos de políticas os mecanismos de denúncia e os planos de ação nos estabelecimentos de trabalho e de saúde que buscam eliminar o idadismo e capacitar as pessoas para que cobrem os seus direitos de igual acesso e participação. As leis são sistemas de regras que um determinado país ou comunidade reconhece para regular as ações de seus habitantes e que podem ser impostas por meio da aplicação de penas. As leis também ajudam a garantir a proteção de todos os direitos humanos e a permitir que os indivíduos responsabilizem seus governos. Uma distinção pode ser feita entre as leis nacionais e internacionais. O direito internacional define as responsabilidades e as obrigações jurídicas dos estados signatários na conduta desses entre si e no tratamento dado aos indivíduos dentro de suas fronteiras. As convenções ou os tratados internacionais e o costume internacional são duas importantes fontes de direito internacional. A lei nacional, muitas vezes cha-

mada de lei doméstica, se refere às leis de um determinado país. Embora diferentes, as políticas e as leis estão intimamente ligadas; por exemplo, as políticas podem ser usadas para criar uma legislação, e a legislação pode incluir a obrigação de criar novas políticas.

A maneira pela qual as políticas e as leis podem reduzir o idadismo envolve quatro aspectos. Primeiro, segundo a teoria da dissuasão, as políticas e as leis podem tornar determinado comportamento, ou a prática desse, ilícito, podendo reduzi-lo desde que haja a imposição sistemática de sanções (2, 3). Por exemplo, é menos provável que as empresas discriminem quando leis antidiscriminatórias estiverem em vigência, já que, caso sejam denunciadas, as leis criam um custo esperado de uma magnitude que equivale ao custo da violação (por exemplo, honorários de sucumbência, multas) multiplicado pela probabilidade de haver uma denúncia (4).

Em segundo lugar, as políticas e leis podem ajudar a reduzir o idadismo ao criarem uma norma social clara de que o idadismo é socialmente inadmissível (2, 5-7). Ficou demonstrado que estar ciente da postura de sua comunidade influencia no grau de preconceito manifestado, mesmo quando atitudes são declaradas de maneira privativa e que não haja possibilidade de críticas (7-12).

Em terceiro, segundo a teoria de dissonância cognitiva (13), ao forçarem as pessoas a mudarem seus comportamentos, as políticas e leis governamentais também podem mudar as atitudes subjacentes das pessoas, na medida em que elas precisarão conciliar as diferenças entre suas atitudes e seus comportamentos. Quarto, as leis e as políticas podem aumentar a diversidade na população do entorno (por exemplo, no local de trabalho) e dar forma ao ambiente físico e sensorial, que podem, por sua vez, afetar o grau de viés implícito exibido pelos indivíduos (14, 15). Por exemplo, as leis que

regulamentam a discriminação no local de trabalho podem aumentar a presença de representantes de grupos protegidos e proibir o uso de representações visuais depreciativas de um determinado grupo, o que pode diminuir o viés implícito contra membros desse grupo (14).

O tratamento jurídico do idadismo, e especialmente da discriminação contra a idade, envolve certas dificuldades. Podem haver várias circunstâncias nas quais a idade seja considerada uma razão racional e legítima para distinguir entre diferentes grupos de pessoas (16). Por exemplo, o uso da diferenciação com base na idade para determinar quem tem direito aos benefícios de aposentadoria foi usado no passado como uma justificativa para fazer uma distinção entre as diferentes faixas etárias, com base no argumento que diz que não há outra maneira prática ou justa de decidir quem deve se qualificar (17). Além disso, estimular o igual respeito pela dignidade das pessoas de diferentes idades pode, ocasionalmente, exigir a diferenciação no tratamento dos grupos etários (18). Isto significa que nem todas as formas de diferenciação no tratamento com base na idade podem atender os critérios para discriminação ilícita. A principal pergunta é se o tratamento diferencial com base na idade enfraquece os princípios de direitos humanos da dignidade, autonomia e participação, e se os testes de justificação usados para avaliar a legitimidade desses princípios estão contaminados por estereótipos, suposições e preconceitos idadistas.

As políticas e as leis que visam combater o idadismo são muito variadas e incluem legislação contra a discriminação com base na idade e em favor da igualdade, bem como políticas que definem as ações para assegurar o respeito adequado pela dignidade e igualdade de condições de todas as pessoas, independentemente de sua idade; as políticas que buscam mudar as percepções

Este capítulo contém informação sobre a primeira estratégia que pode ser usada para eliminar ou reduzir o idadismo: as políticas e as leis. A Seção 6.1 descreve essa estratégia e como ela funciona para reduzir idadismo. A Seção 6.2 apresenta evidências sobre a sua eficácia, enquanto a Seção 6.3 fornece exemplos de diferentes países e regiões sobre esse tipo de intervenção. A Seção 6.4 discorre sobre o custo desse tipo de intervenção e sobre as características que podem melhorar a sua eficácia.

das pessoas mais velhas ou mais novas; e a lei de direitos humanos, que contém um sistema que codifica os direitos humanos das pessoas jovens e idosas e que torna estes direitos aplicáveis. Diferentes mecanismos são usados para implementar e monitorar políticas e leis, incluindo organismos de direitos humanos, tribunais, ouvidores e órgãos que atuam na aplicação de tratados e para garantir a igualdade.

6.2 O QUÃO BEM FUNCIONAM

A avaliação do efeito das leis e das políticas nacionais é um desafio de longa data, em parte devido à dificuldade de atribuir as mudanças observadas à implantação das leis ou políticas, especialmente quando ensaios aleatórios controlados não são possíveis, não estão acessíveis, ou não são éticos ou exequíveis (19-22). A política ou a lei em questão produzem de fato os efeitos observados, ou esses efeitos são causados por algum outro fator de confusão? (19, 20). Em geral, os estudos que existem se centram no impacto e no efeito do uso das leis, nas medidas implementadas para fazer cumprir as leis, na eficácia dessas medidas, na contribuição das medidas para o avanço dos objetivos das políticas sociais em geral e no efeito sobre a posição socioeconômica de determinados grupos (23).

No campo do idadismo, os poucos estudos que foram realizados têm se centrado sobre leis antidiscriminatórias no campo trabalhista na Austrália, no Canadá, na Europa e nos Estados Unidos. Esses estudos concluíram que, em geral, os efeitos produzidos por essas leis foram positivos (24-29). Por exemplo, a introdução, em 1967, da Lei Antidiscriminação Trabalhista com Base na Idade, nos Estados Unidos, que reconhece apenas a discriminação contra os traba-

lhadores idosos, causou um efeito positivo pequeno e significativo sobre a contratação, em geral, de trabalhadores de mais idade (24). Ela proibiu que as empresas adotem e apliquem políticas de aposentadoria obrigatória com base na idade cronológica de um funcionário (com poucas exceções para determinados cargos executivos, assim como bombeiros e policiais) (28, 29). Mesmo assim, alguns estudos revelam que quando não são adequadamente redigidas e aplicadas, as leis contra a discriminação com base na idade podem ter consequências indesejadas, como a redução nas contratações de trabalhadores idosos como forma de evitar possíveis litígios (26).

O efeito da legislação antidiscriminatória nacional tem sido estudado também em outras áreas (por exemplo, raça, sexo ou gênero e orientação sexual) em diversos países de alta renda, e ficou constatado que, em grande parte, as mudanças legislativas têm ajudado a reduzir a discriminação (7, 23, 30-32). O esforço mais sistemático para avaliar os efeitos das leis antidiscriminatórias nacionais analisou as avaliações de impacto dessas leis, que abordaram diversos aspectos (por exemplo, idade, sexo ou gênero, e incapacidade) em 12 países, incluindo em vários na Europa, bem como em outros países de alta renda como na Austrália, no Canadá e nos Estados Unidos (23).

Os benefícios decorrentes da adoção de leis antidiscriminatórias se destacaram em todo os estudos analisados e incluíram uma maior participação de todos os indivíduos na sociedade, inclusive nas áreas trabalhista e educacional. Além disso, a adoção de leis antidiscriminatórias eficazes ajudou a reduzir a diferença salarial nos grupos protegidos e na população em geral e a aumentar as conquistas educacionais nesses grupos (23). O cumprimento da legislação antidiscriminatória também pode reduzir a aceitabilidade da discriminação no contexto mais amplo

da comunidade e o grau da discriminação interpessoal (7).

Medir os efeitos diretos ou indiretos das leis internacionais é igualmente difícil, pois muitas vezes é difícil estabelecer uma ligação causal conclusiva entre um sistema de tratados e as reformas legislativas ou políticas no âmbito doméstico (33). De qualquer modo, um número crescente de evidências apoia a suposição de que o processo de formular e ratificar um tratado internacional, de defender a causa e de monitorar o desempenho do estado pode contribuir para mudanças na lei, na política e nas práticas no âmbito nacional. Isso fica ilustrado em vários estudos de casos e em relatórios e análises oficiais das Nações Unidas que avaliaram mudanças no âmbito nacional após os países ratificarem a Convenção sobre os direitos de pessoas com incapacidades (34, 35), a Convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher (36, 37) e a Convenção internacional sobre a eliminação de todas as formas de discriminação racial (38). Outro estudo, que considerou as mudanças decorrentes da ratificação de seis tratados de direitos humanos das Nações Unidas em 20 países, constatou que todos os países tomaram medidas tangíveis para incorporar as normas do tratado em suas estruturas jurídicas e culturas nacionais (39). É importante notar que dois estudos chegaram até a relatar que pelo menos a Convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher teve um efeito estatisticamente significativo e positivo, apesar de pequeno, sobre os direitos das mulheres, mesmo quando outros fatores cruciais foram controlados (40, 41).

No âmbito regional, há evidências de que a aplicação da Convenção europeia sobre os direitos humanos pelo Tribunal Europeu dos Direitos Humanos não só deu ganho de causa aos indivíduos autores das queixas, que tiveram direito a indenizações, como

também levou os governos europeus a revisar suas legislações sobre assuntos como direitos dos homossexuais e discriminação baseada na idade (33).

Outros exemplos de juízos de direitos humanos são o Tribunal Interamericano de Direitos Humanos, que ajuíza conforme a Convenção Americana sobre Direitos Humanos, e o Tribunal Africano dos Direitos Humanos e dos Povos, que é regido pelas regras da Carta africana dos direitos humanos e dos povos, e onde o número de ações vem crescendo (33).

6.3 EXEMPLOS

Seis exemplos ilustram os diferentes tipos de políticas e leis de diferentes partes do mundo que buscam combater o idadismo contra pessoas idosas. Os quatro primeiros exemplos estão relacionados com instrumentos internacionais e regionais, enquanto que os dois últimos estão relacionados com instrumentos nacionais. Exemplos sobre o uso de políticas e leis para combater o idadismo contra as populações mais novas constam do [Quadro 6.1](#).

6.3.1 Declaração Política e o Plano de Ação Internacional de Madri sobre o Envelhecimento

Em 2002, a Assembleia Geral das Nações Unidas respaldou a Declaração Política de Madri e o Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento (MIPAA) (42).

No Artigo 5, a declaração se compromete com a eliminação de todas as formas de discriminação, inclusive da discriminação por idade. Endossado por 159 governos, o MIPAA não é juridicamente vinculante, e a sua execução é voluntária.

A cada cinco anos, os países analisam o estado da implementação do MIPAA e as

Quadro 6.1**Políticas e leis que reduzem ou eliminam o idadismo contra jovens**

Como ilustrado nos exemplos neste quadro, as políticas e as leis também têm sido usadas como estratégias para eliminar ou prevenir o idadismo contra as pessoas mais jovens, apesar de haver um número limitado de pesquisas sobre sua eficiência. Por exemplo, o Programa mundial de ação para a juventude até o ano 2000 e além, adotado pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 1996, proporciona uma estrutura de políticas e diretrizes práticas para ações nacionais e apoio internacional que visam melhorar a situação dos jovens em todo o mundo (59). O objetivo é apoiar para que os jovens aproveitem plenamente todos os direitos humanos e as liberdades fundamentais, incentivar os governos a adotar medidas contra as violações desses direitos e liberdades e para promover a não-discriminação e a tolerância, a igualdade de oportunidades, a solidariedade, a segurança e a participação na sociedade por todos os jovens, independentemente do sexo. A cada dois anos, a Assembleia Geral das Nações Unidas e a Comissão para o Desenvolvimento Social recebem um relatório do Secretário-Geral e aprovam uma resolução sobre as políticas e programas que envolvem jovens.

A região Ibero-americana também foi pioneira na promoção dos direitos das pessoas mais jovens por meio da Convenção Ibero-americana de Direitos dos Jovens, que entrou em vigor em 2008. Essa Convenção especifica os direitos das pessoas entre 15 e 24 anos e os reconhece como atores estratégicos para o desenvolvimento (60). Há, além disso, um outro protocolo adotado em 2016, que esclarece e fortalece alguns dos artigos da Convenção. Por exemplo, permite uma elevação do teto limite da idade considerada na Convenção com o objetivo de adaptar a definição de jovens às realidades jurídicas e demográficas de cada país (61). A Convenção não tem um sistema de monitoramento parecido com o dos organismos internacionais de monitoramento de tratados, mas criou um sistema de rastreamento por meio do qual exige-se que os estados partes apresentem um relatório a cada dois anos ao Secretário-Geral da Organização Ibero-americana da Juventude (62). Sete países ratificaram esse tratado: a Costa Rica, o Equador, a Espanha, o Estado Plurinacional da Bolívia, Honduras, a República Dominicana e o Uruguai.

Outro exemplo é a Carta Africana da Juventude, que entrou em vigor em agosto de 2009 e que enfatiza os direitos, as responsabilidades e as liberdades dos jovens de 15 a 35 anos. Além disso, abre caminho para a elaboração de programas nacionais e de planos estratégicos para o empoderamento dos jovens. A intenção é assegurar que os jovens fiquem protegidos contra todas as formas de discriminação e que sejam envolvidos na tomada de decisão na região, inclusive nas pautas de desenvolvimento dos países africanos. Não proporciona mecanismos de acompanhamento e monitoramento específicos, mas o Artigo 28 define as responsabilidades da Comissão da União Africana para assegurar que os estados partes respeitem seus compromissos e cumpram as responsabilidades descritas na Carta (62, 63). No total, 39 países da África ratificaram a carta e, portanto, estão vinculados às suas disposições (64).

ações necessárias para conquistar avanços. O processo inclui um elemento participativo para envolver a cooperação da sociedade civil e das pessoas de idade, e foi elaborado para ajudar os países a receberem comentários sobre as políticas e os programas que implementaram. Após análise e avaliação no âmbito nacional, as Comissões Regionais das Nações Unidas consolidam as informações. As análises e os processos de avaliação levam a Comissão das Nações Unidas para o Desenvolvimento Social a realizar uma análise global.

O progresso alcançado no desenvolvimento de políticas para eliminar o idadismo no âmbito nacional, após a adoção desta declaração política, é relatado por meio de seus processos de monitoramento, bem como por meio de estudos direcionados que, em geral, têm concluído que os governos vêm elaborando gradualmente medidas judiciais e políticas para prevenir a discriminação pela idade (43-46).

6.3.2 A Diretiva da União Europeia relativa à igualdade de tratamento no emprego

Na União Europeia, um marco na proteção contra a discriminação com base na idade foi a diretiva do Conselho 2000/78/CE, de 27 de novembro de 2000, que estabelece uma estrutura geral para a igualdade de tratamento no emprego e na ocupação, que implementou uma estrutura para assegurar a igualdade para indivíduos no emprego e em sua ocupação independentemente da idade, entre outras características protegidas (47). A diretiva limita as circunstâncias sob as quais as leis nacionais nos Estados Membros da União Europeia podem permitir às empresas sujeitar os funcionários a diferentes tratamentos por motivos de idade, estabelecendo assim exigências mínimas para a proteção contra a discriminação. Os Estados Membros devem assegurar a exis-

tência de procedimentos judiciais ou administrativos para aqueles que acreditarem ter sido discriminados e devem orientar sobre as sanções aplicáveis, que podem envolver até indenização (27). A diretiva exige também que os Estados Membros promovam o diálogo social visando promover o tratamento igualitário por meio do "monitoramento de práticas no local de trabalho, acordos coletivos, códigos de conduta e de pesquisas" (47, 48).

A Comissão Europeia é responsável por avaliar a legislação nacional dos Estados Membros para ver se essa reflete corretamente os requisitos da diretiva. Caso não reflita, a Comissão pode iniciar procedimentos infra-nacionais contra o Estado Membro pertinente. Por sua vez, o Tribunal da Justiça da União Europeia ajuda a impulsionar a interpretação da diretiva nos casos de dúvida ou se houver falta de clareza em determinadas cláusulas (49).

Todos os países da União Europeia introduziram essa legislação, e isso produziu vários resultados importantes. A idade foi colocada em pé de igualdade com outras justificativas na pauta antidiscriminatória e pró-igualdade da União Europeia. A diretiva foi responsável pela introdução de leis antidiscriminatórias contra a idade em muitos Estados Membros, aumentou o alcance da proteção nos poucos Estados que já dispunham de alguma legislação implantada (27, 48) e fixou normas mínimas para aplicação em toda à União Europeia. Além disso, ajudou a desafiar as desigualdades estruturais no mercado de trabalho, como o uso de tetos de idade nos anúncios de empregos (50).

Apesar dos avanços alcançados em toda a diretiva, ainda há áreas a serem aprimoradas. Por exemplo, na União Europeia, a ampla liberdade dada às jurisdições nacionais para deixar de lado o tratamento equitativo tem criado práticas nacionais e níveis de prote-

ção divergentes contra a discriminação por idade (51). Além disso, a estrutura se centra somente nas questões de emprego e não inclui outras áreas importantes nas quais a discriminação com base na idade possa ocorrer, como na educação, na habitação e na previdência social (ver Capítulo 2).

Em 2008, a Comissão Europeia propôs um novo projeto de diretiva para proteger todos os que lá vivem contra a discriminação em áreas além do local de trabalho (por exemplo, no acesso a bens e serviços) com base na idade, na incapacidade, na orientação sexual e na religião ou crença. Caso adotada, essa lei virá completar a estrutura da União Europeia ao dar à idade um nível de proteção na lei semelhante à que atualmente existe para a raça e o sexo (52).

6.3.3 O Protocolo dos Direitos das pessoas idosas na África

O Protocolo de União Africana para a Carta africana dos direitos humanos e dos povos que trata dos Direitos das pessoas idosas é mais uma grande conquista. Adotado em janeiro de 2016, esse protocolo é o produto de muitos anos de consultas, e reforça compromissos feitos no documento Políticas e plano de ação da União Africana sobre o envelhecimento, de 2002 (53). O Protocolo proíbe todas as formas de discriminação contra as pessoas idosas (Artigo 3), e dá cobertura a vários direitos, inclusive ao de acesso aos serviços de saúde e o direito ao emprego, à proteção social e à educação, proporcionando, portanto, uma estrutura para que os governos protejam esses direitos. De qualquer forma, o Protocolo não proíbe explicitamente a discriminação com base na idade, o que pode limitar a sua interpretação no âmbito nacional.

Caso ratificado e implementado, é possível que o Protocolo melhore a efetivação dos direitos dos idosos africanos. Este Protocolo

foi ratificado por dois países, Benin e Lesoto. Além disso, doze países assinaram o Protocolo, que sugere a intenção de ratificá-lo (54).

6.3.4 A Convenção Interamericana sobre a Proteção dos Direitos Humanos dos Idosos

A Convenção interamericana sobre proteção dos direitos humanos dos idosos é o primeiro tratado regional que protege plenamente os direitos humanos das pessoas idosas. Ela proíbe, explicitamente, a discriminação por motivos etários (Artigo 5o), promove atitudes positivas para com as pessoas idosas e o tratamento digno, o respeito e a consideração para com as mesmas e promove o reconhecimento da experiência, da sabedoria, da produtividade e da contribuição das pessoas idosas para o desenvolvimento da sociedade (55).

Os países que ratificarem a Convenção devem adotar as medidas para prevenir, sancionar e erradicar as violações dos direitos das pessoas idosas. Eles também devem adotar e executar medidas afirmativas para efetivar os direitos estabelecidos na Convenção, inclusive políticas, planos e legislação. Cabe também aos estados estabelecer e promover instituições públicas que se especializem na proteção e na promoção dos direitos das pessoas idosas. Quanto aos direitos protegidos, a Convenção estabelece os direitos à igualdade e à não-discriminação por idade, à vida, à dignidade, à independência, à autonomia, ao trabalho, à educação, à saúde física e mental e a dar consentimento livre e esclarecido na esfera da assistência à saúde, entre outros.

Ao adotar essa Convenção, os países em toda a região demonstram seu compromisso com o enfrentamento do idadismo e da negação dos direitos humanos às pessoas idosas, e reconhecem que as normas de

direitos humanos explícitas e juridicamente vinculantes e os mecanismos de responsabilidade que as acompanham são necessários para atingir esse fim. A Convenção entrou em vigor em 2017, e sete países ratificam o tratado: Argentina, Estado Plurinacional da Bolívia, Chile, Costa Rica, Equador, El Salvador e Uruguai. É muito cedo para avaliar sua eficácia, mas a expectativa é de que sua ratificação venha ajudar a estabelecer normas regionais mínimas para proteger os direitos das pessoas idosas, e que tenha fortes possibilidades de incentivar os países a adotarem novas políticas públicas e estruturas legislativas (56).

6.3.5 Estrutura jurídica e de políticas do Uruguai

Os quadros normativos e de políticas nacionais do Uruguai proíbem qualquer discriminação com base na idade e asseguram aos jovens e idosos proteções jurídicas mais igualitárias e eficazes contra a discriminação. A Constituição estabelece que todos são iguais perante a lei (Artigo 8o), e o país adotou diversas medidas para combater a discriminação com base na idade em determinados setores, inclusive no trabalhista, por meio de políticas em prol de ações afirmativas e de uma proibição específica de discriminação contra qualquer trabalhador com base na idade.

A Institución Nacional de Derechos Humanos (Instituição Nacional de Direitos Humanos) e a Oficina del Defensor del Pueblo (a Ouvidoria) foram estabelecidos formalmente em 2012 para promover e proteger os direitos humanos, conforme define a lei uruguaia. Outros mecanismos também foram estabelecidos para promover e proteger os direitos humanos, incluindo o Defensor del Vecino, de Montevideo (Escritório do Defensor Público de Montevideo), que promove e defende os direitos de todos os habitantes de Montevideo, e a Secretaría de Derechos Humanos

(Secretaria de Direitos Humanos), que é responsável pelo monitoramento e pela avaliação da situação dos direitos humanos no país. Além disso, o Uruguai foi o primeiro estado a depositar o instrumento de ratificação da Convenção Interamericana sobre a Proteção os Direitos Humanos dos Idosos, no dia 18 de novembro de 2016.

Esses instrumentos jurídicos e de políticas existentes poderiam ser fortalecidos ainda mais ao proporcionarem recursos humanos, técnicos e financeiros adequados (57) e ao assegurarem uma maior coordenação entre a Instituição Nacional de Direitos Humanos e a Ouvidoria. Há também a necessidade de estudos para avaliar ainda mais o impacto desses quadros normativos e de políticas no Uruguai.

6.3.6 Lei de igualdade de oportunidades em Maurício

Apesar de a Constituição de Maurício não se referir explicitamente à discriminação com base na idade, promulgações específicas, como a Lei de igualdade de oportunidades de 2012, proíbem sim, explicitamente, tal discriminação em diversas esferas de atividades, a saber: no setor trabalhista, de educação, de fornecimento de produtos, de prestação de serviços ou de estabelecimentos, de hotelaria, de acesso a locais e esportes, bem como a sociedades registradas como associações e clubes. A Lei de igualdade de oportunidades estabeleceu a Comissão de Igualdade de Oportunidades e o Tribunal de Igualdade de Oportunidades, que consideram queixas sobre transgressões de direitos protegidos pela Lei. A Comissão da Igualdade de Oportunidades é uma instituição independente e autônoma que busca produzir a conciliação entre as partes nas controvérsias. Os casos em que a conciliação é inviável podem ser remetidos ao Tribunal de Igualdade de Oportunidades. Em 2014, a Comissão encaminhou ao Tribunal dois casos

relacionados com discriminação com base na idade (58). Não foi realizada nenhuma avaliação integral da Lei de Igualdade de Oportunidades.

6.4 CARACTERÍSTICAS E CUSTOS PRINCIPAIS

Poucos estudos metodologicamente rigorosos procuraram avaliar os fatores que contribuem para a eficácia das leis e das políticas no combate ao idadismo. No entanto, alguns estudos oferecem algumas indicações sobre as características das leis e das políticas que podem ser importantes e que podem aumentar a eficácia das leis, incluindo um que avaliou detalhadamente os fatores que contribuem para produzir a aceitação e a eficácia das leis nacionais contra a discriminação em 12 países e que se centra sobre questões como a idade e a incapacidade (23). De qualquer modo, vários estudos incluídos nessa análise apresentavam imperfeições no delineamento experimental ou informações metodológicas limitadas que restringem as verificações que podem ser concluídas (23). Algumas dessas características potencialmente importantes estão descritas nas linhas gerais a seguir.

- Fortes mecanismos de monitoramento e fiscalização: vários estudos identificaram mecanismos fracos de fiscalização como sendo um fator importante que limita o sucesso das leis antidiscriminatórias (23, 27, 32, 65). Os mecanismos de monitoramento e fiscalização podem adotar diversas formas, inclusive o estabelecimento de Conselhos Nacional, comissões de igualdade ou mediadores.
- Conhecimento do público sobre a lei ou política, e a clareza de suas disposições: a legislação antidiscriminatória parece ser mais eficaz quando acompanhada da conscientização e da disseminação de informações sobre a política ou lei em diversos níveis (7, 23, 27, 48, 65, 66). Para que tenham efeito em uma dada comunidade, ao menos alguns membros do público precisam estar cientes da existência dessas legislações e políticas. Isso é necessário para assegurar que a legislação tenha um efeito instrumental sobre um dado indivíduo, de maneira que esse queira evitar as sanções descritas na lei e também para que os indivíduos se conscientizem de que podem apresentar queixas caso verifiquem violações da lei, ou seja, casos de discriminação com base na idade. É igualmente importante que as disposições da lei ou da política sejam claras e incluam informações sobre quem pode iniciar uma ação e sob quais condições, e qual é o ônus da prova.
- Ativismo forte por parte da sociedade civil: as organizações não governamentais nacionais podem desempenhar uma função importante no processo de reforma e podem ajudar a melhorar o impacto das notificações sobre violações de leis, ou sobre o progresso alcançado em decorrência da implementação de tratados, convenções ou políticas (36, 40, 67).
- Disponibilidade de recursos: a falta de recursos, inclusive de financiamento para os órgãos de aplicação das leis e monitoramento, pode afetar negativamente a implementação de políticas e leis (23, 40, 67-69).

- Democracias: As evidências indicam que as leis internacionais podem ser muito eficazes nas democracias estáveis ou em consolidação (69, 70), visto que é mais provável que essas possam aderir a obrigações de tratados devido à presença de monitores internos que dificultem a ocultação de uma dissonância entre os comportamentos manifestados e os reais.
- Normas sociais existentes: a implementação e a eficácia de uma lei antidiscriminatória são melhoradas quando a lei vem agregar a uma norma e a formaliza numa sociedade onde essa já era amplamente observada (23).

- Consulta pública: a participação significativa das pessoas a quem a lei ou a política pode afetar é essencial para assegurar que as necessidades e preocupações dessas pessoas sejam atendidas (68, 71).

A estimativa do custo das políticas e leis varia muito e depende de fatores como a extensão geográfica (por exemplo, internacional, regional ou nacional), as disposições das políticas ou da legislação, a necessidade de treinamento para apoiar a implementação e os mecanismos de monitoramento e fiscalização necessários (23). Um estudo calculou o custo do componente "elaboração" de uma nova lei de saúde pública e constatou que, nos países de alta renda, como a Nova Zelândia e os Estados Unidos, o custo médio de uma nova legislação de saúde pública

Quadro 6.2

O Grupo de Trabalho de Composição Aberta das Nações Unidas sobre o Envelhecimento e a possibilidade de uma nova convenção das Nações Unidas sobre os direitos das pessoas idosas

Em 2010, a Assembleia Geral das Nações Unidas estabeleceu o Grupo de Trabalho de Composição Aberta sobre o Envelhecimento (78). Sua finalidade é fortalecer a proteção dos direitos das pessoas idosas por meio da análise de como os instrumentos existentes abordam esses direitos, da identificação de lacunas de proteção e da verificação da viabilidade de desenvolvimento de novos instrumentos e medidas. Esse é o primeiro organismo intergovernamental, fora o Conselho de Direitos Humanos das Nações Unidas, que reúne anualmente instituições nacionais de direitos humanos (79) com os Estados Membros das Nações Unidas, organizações não governamentais e instituições das Nações Unidas. Desde sua criação, o Grupo de Trabalho tem realizado discussões sobre as principais áreas das vidas das pessoas idosas, inclusive sobre a discriminação, a saúde, a atenção no longo prazo, a autonomia, a independência, a exclusão social, a previdência social, a violência, o abuso e a atenção paliativa ao final de vida. Desde 2019, os Estados Membros têm podido apresentar recomendações negociadas nas sessões do Grupo de Trabalho para consideração pela Assembleia Geral das Nações Unidas (80). Com base nas propostas feitas para melhorar a promoção dos direitos das pessoas idosas, em 2014 o Conselho de Direitos Humanos nomeou pela primeira vez um Especialista Independente em Aproveitamento de Todos os Direitos Humanos pelas Pessoas Idosas (81).

O Grupo de Trabalho é o fórum primário para o debate sobre o desenvolvimento de um tratado de direitos humanos ou de uma convenção internacional relacionada aos direitos das pessoas idosas. De fato, em 2012, a Assembleia Geral das Nações Unidas solicitou que o Grupo de Trabalho considerasse propostas para um instrumento jurídico internacional que visasse promover e proteger os direitos e a dignidade das pessoas de idade e que apresentasse, o quanto antes, uma proposta que contivesse os principais elementos que deveriam estar em tal instrumento e que não tivessem sido suficientemente abordados pelos mecanismos existentes (82). O Secretário-Geral das Nações Unidas destacou ainda a necessidade de fortalecer mais as estruturas jurídicas para proteger os direitos humanos das pessoas idosas, inclusive por meio da aceleração dos esforços do Grupo de Trabalho na elaboração de propostas para a criação de um instrumento jurídico internacional (83).

Uma convenção das Nações Unidas é um documento juridicamente vinculante, executável por lei, e que descreve os direitos de um determinado grupo (por exemplo, mulheres) ou aborda uma questão específica (por exemplo, a tortura). Qualquer Estado Membro das Nações Unidas pode ratificar uma convenção das Nações Unidas, e, dessa forma, concorda com cumprir com as suas regras. Uma vez que ratifique uma convenção, um país deve ou adaptar suas leis e políticas nacionais ou adotar uma nova legislação para colocar em vigor os direitos incluídos nesse tratado. Portanto, uma convenção pode fornecer uma estrutura com base nos direitos, na equidade e na justiça social para orientar as respostas de política para o envelhecimento demográfico. É possível promover uma mudança de paradigmas, deixando um no qual as pessoas idosas não mais sejam considerados receptores passivos de benefícios sociais para um no qual sejam vistos como detentores ativos de direitos.

Os Estados Membros das Nações Unidas expressaram uma série de perspectivas sobre como melhor promover e proteger os direitos humanos das pessoas idosas, inclusive por meio da melhoria do uso de instrumentos jurídicos ou pela elaboração de um instrumento dedicado. O Grupo de Trabalho continua a se centrar em discussões substanciais, em maior profundidade e com abertura, para compreender integralmente as questões, identificar elementos que requeiram um maior discorrimento e que considerem as soluções adequadas.

oscila entre os 382 mil e 980 mil dólares (72). Mesmo assim, essas estimativas não levaram em conta os custos de implementação das disposições da lei, nem os custos associados ao monitoramento e à fiscalização desta.

6.5 CONCLUSÕES E PERSPECTIVAS FUTURAS

As evidências demonstram que a implementação de políticas e leis pode ser uma estratégia importante para reduzir ou eliminar o idadismo, e o custo parece ser acessível. As políticas e as leis que visam combater o idadismo são muito variadas e podem incluir uma legislação que aborde a discriminação contra a idade e a desigualdade, políticas para assegurar o respeito pela dignidade de todas as pessoas independentemente de idade e leis de direitos humanos. Juntamente com as intervenções educacionais e as atividades de contato intergeracional, as políticas e as leis estão entre as estratégias mais importantes a serem incluídas em todo e qualquer esforço de combate ao idadismo.

Prioridades futuras com relação às políticas e intervenções legislativas são detalhadas a seguir.

- É necessário aumentar as políticas internacionais e as garantias legislativas contra a discriminação com base na idade. No direito internacional, não há nenhum instrumento jurídico específico para dissipar o preconceito e a discriminação contra as pessoas idosas, e a maioria dos instrumentos de direitos humanos não lista explicitamente a idade como um motivo proibido de discriminação. Uma convenção internacional poderia converter aspirações em obrigações

e levar a uma legislação nacional e à elaboração de políticas, como aconteceu com outras convenções, como a Convenção sobre os Direitos de Pessoas com Deficiências (34, 35), a Convenção Internacional sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial (38) e a Convenção sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (36, 37). O apoio para o desenvolvimento de um novo tratado sobre os direitos humanos das pessoas idosas aumentou recentemente, especialmente desde a formação do Grupo de Trabalho de Composição Aberta sobre o Envelhecimento, das Nações Unidas (ver [Quadro 6.2](#)).

- É fundamental elaborar e aplicar leis e políticas nacionais antidiscriminatórias, modificar ou revogar as leis e políticas existentes que possam ser idadistas e melhorar o acesso à justiça para as pessoas que apresentam queixas com base na discriminação contra a idade ou no idadismo de maneira mais ampla. Embora tenha havido avanços constantes na adoção das disposições legais e de políticas nos países proibindo a discriminação com base na idade (17), seu escopo e cobertura são desiguais comparado com as garantias contra a discriminação com base em outros aspectos. Há também muitas incongruências e lacunas em termos da especificidade, do alinhamento com o direito internacional, do escopo legal e material, da proteção contra as discriminações tanto direta quanto indireta, do tratamento diferencial e das exceções, bem como em termos de monitoramento

e do acesso a medicamentos (51). Há também a necessidade de desenvolver medidas protetivas contra a discriminação interseccional e acumulativa por meio de políticas e leis (por exemplo, discriminação com base tanto na idade como na incapacidade) (73-76).

- Deve-se aumentar a conscientização do público em relação às leis e políticas de direitos humanos e antidiscriminatórias.
- É importante realizar pesquisas para melhorar a compreensão sobre a eficácia das legislações e das políticas antidiscriminatórias existentes, bem como das novas, nos níveis nacional e internacional (ver **Quadro 6.3**).
- As estimativas dos custos das intervenções política e legislativas devem ser melhoradas. Sem estimativas de custos exatas e comparáveis, a relação custo-benefício das intervenções não pode ser nem calculada nem comparada. O modelo de custo-benefício e de planejamento estratégico da OMS (conhecido como OMS-CHOICE) pode ser usado para calcular o custo de implementação de novas leis e políticas (77).

Quadro 6.3

Oportunidades de pesquisa sobre políticas e leis

Embora nenhuma revisão sistemática esteja disponível a respeito dos efeitos das políticas e das leis para o enfrentamento do idadismo, as evidências sobre a eficácia das leis para combater o idadismo e outros "-ismos" sustentam o uso dessa estratégia para sua redução ou eliminação. Nas pesquisas futuras, será importante se concentrar na realização de avaliações rigorosas do impacto das leis antidiscriminatórias existentes e das novas políticas que visam eliminar o idadismo, bem como avaliar os fatores que contribuem para a eficácia dessas intervenções (23). É essencial realizar estudos em países de baixa e média renda e investigar, também, o impacto desse tipo de intervenção em outras áreas além da trabalhista, já que a maioria das evidências tem se atido aos resultados relacionados com empregos em um pequeno número de países.

Visto que nem sempre é possível ou ético realizar ensaios controlados randomizados para a avaliação de políticas e leis, os estudos futuros poderiam usar toda uma gama de técnicas para abordar as dificuldades de atribuir as mudanças observadas à implementação de uma dada lei ou política usando, por exemplo, uma técnica estatística conhecida por diferença-em-diferenças, que visa isolar o efeito de uma lei sobre determinados resultados. Com esse tipo de análise, os estudos compararam, por exemplo, os resultados para os trabalhadores idosos antes e depois de uma mudança na lei de discriminação (por exemplo, a introdução da Lei Contra a Discriminação no Emprego com Base na Idade, de 1967, nos Estados Unidos, ou mudanças em leis estaduais) com as leis de um grupo controle não afetado, como trabalhadores mais jovens ou idosos em países sem mudanças legislativas, ou em ambos (24).

Também foram propostos métodos adicionais para superar outras dificuldades encontradas na avaliação de leis e políticas usando delineamentos observacionais, por exemplo, ao aplicar delineamentos de regressão descontínua, variáveis instrumentais ou enfoque de nivelamento perto-longe para abordar as questões referentes aos fatores de confusão não observados (19). Ou pode-se usar o pareamento por pontuação de propensão (ou seja, uma técnica de pareamento estatístico que busca estimar o efeito de uma política considerando as covariáveis que preveem a exposição à política) para abordar a questão da construção de um grupo de comparação quando não houver um comparador adequado (19).

Um outro método que tem sido usado cada vez mais é o de análise comparativa qualitativa (84). Essa é uma técnica mista, quantitativa e qualitativa, que tem por base o estudo de múltiplos casos e que visa determinar quais conclusões lógicas são sustentadas por estudos de casos múltiplos e que podem ajudar a explicar o motivo pelo qual mudanças ocorrem em algumas situações, mas não em outras (85).

REFERÊNCIAS

1. Fredman S. The age of equality. En: Fredman S, Spencer S, directores. Age as an equality issue: legal and policy perspectives. Oxford: Hart; 2003:21–70.
2. Grasmick HG, Green DE. Legal punishment, social disapproval and internalization as inhibitors of illegal behavior. *J Crim Law Criminol.* 1980;71:325–35. <https://doi.org/10.2307/1142704>.
3. Nagin DS. Deterrence in the twenty-first century. *Crime Justice.* 2013;42:199–263. <https://doi.org/10.1086/670398>.
4. Landes WM. The economics of fair employment laws. *J Political Econ.* 1968;76:507–52. <https://doi.org/10.1086/259426>.
5. Tapp JL, Kohlberg L. Developing senses of law and legal justice. *J Soc Issues.* 1971;27:65–91. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1971.tb00654.x>.
6. Zimring F, Hawkins G. The legal threat as an instrument of social change. *J Soc Issues.* 1971;27:33–48. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1983.tb00180.x>.
7. Barron LG, Hebl M. The force of law: the effects of sexual orientation antidiscrimination legislation on interpersonal discrimination in employment. *Psychol Public Policy Law.* 2013;19:191–205. <https://doi.org/10.1037/a0028350>.
8. Stangor C, Sechrist GB, Jost JT. Changing racial beliefs by providing consensus information. *Personal Soc Psychol Bull.* 2001;27:486–96. <https://doi.org/10.1177/0146167201274009>.
9. Blanchard FA, Crandall CS, Brigham JC, Vaughn LA. Condemning and condoning racism: a social context approach to interracial settings. *J Appl Psychol.* 1994;79:993–7. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.79.6.993>.
10. Blanchard FA, Lilly T, Vaughn LA. Reducing the expression of racial prejudice. *Psychol Sci.* 1991;2:101–5. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.1991.tb00108.x>.
11. Monteith MJ, Deneen NE, Tooman GD. The effect of social norm activation on the expression of opinions concerning gay men and blacks. *Basic Appl Soc Psych.* 1996;18:267–88. https://doi.org/10.1207/s15324834basp1803_2.
12. Zitek EM, Hebl MR. The role of social norm clarity in the influenced expression of prejudice over time. *J Exp Soc Psychol.* 2007;43:867–76. <https://doi.org/10.1016/j.jesp.2006.10.010>.
13. Festinger L. A theory of cognitive dissonance. Stanford: Stanford University Press; 1957.
14. Jolls C. Antidiscrimination law's effects on implicit bias. New Haven (CT): Yale Law School; 2005 (Yale Law and Economics Research Paper No. 343; <https://ssrn.com/abstract=959228>, consultado el 20 de septiembre del 2020).
15. Dasgupta N, Asgari S. Seeing is believing: exposure to counterstereotypic women leaders and its effect on the malleability of automatic gender stereotyping. *J Exp Soc Psychol.* 2004;40:642–58. <https://doi.org/10.1016/j.jesp.2004.02.003>.
16. O'Cinneide C. Age discrimination and European law. Luxemburgo: Comisión Europea; 2005 (<https://www.equalitylaw.eu/component/edocman/age-discrimination-and-european-law-en/Download?Itemid=>, consultado el 20 de septiembre del 2020).
17. O'Cinneide C. The growing importance of age equality. *Equal Rights Rev.* 2013;11:99–110 (<https://www.equalrightstrust.org/ertdocumentbank/Colm%20O'Cinneide%20ERR11.pdf>, consultado el 20 de septiembre del 2020).
18. Duncan C. The dangers and limitations of equality agendas as means for tackling old-age prejudice. *Ageing Soc.* 2008;28:1133–58. <https://doi.org/10.1017/S0144686X08007496>.
19. Basu S, Meghani A, Siddiqi A. Evaluating the health impact of large-scale public policy changes: classical and novel approaches. *Annu Rev Public Health.* 2017;38:351–70. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031816-044208>.
20. Wing C, Simon K, Bello-Gomez RA. Designing difference in difference studies: best practices for public health policy research. *Annu Rev Public Health.* 2018;39:453–69. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-040617-013507>.
21. Duncan C, Loretto W. Never the right age? Gender and age-based discrimination in employment. *Gend Work Organ.* 2004;11:95–115. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0432.2004.00222.x>.
22. Neumark D. The Age Discrimination in Employment Act and the challenge of population aging. *Res Aging.* 2009;31:41–68. <https://doi.org/10.3386/w14317>.
23. Niessen J, Masselot A, Larizza M, Landman T, Wallace C. Comparative analysis of existing impact assessments of anti-discrimination legislation: mapping study on existing national legislative measures – and their impact in – tackling discrimination outside the field of employment and occupation on the grounds of sex, religion or belief, disability, age and sexual orientation. Bruselas: Comisión Europea; 2006 (<http://hdl.handle.net/20.500.12389/19830>, consultado el 20 de junio del 2020).
24. Adams SJ. Age discrimination legislation and the employment of older workers. *Labour Econ.* 2004;11:219–41. <https://doi.org/10.1016/j.labeco.2003.06.001>.
25. Neumark D, Song J. Do stronger age discrimination laws make social security reforms more effective? *J Public Econ.* 2013;108:1–16. <https://doi.org/10.3386/w17467>.
26. Lahey J. State age protection laws and the Age Discrimination in Employment Act. *J Law Econ.* 2008;51:433–60. <https://doi.org/10.3386/w12048>.
27. Lahey JN. International comparison of age discrimination laws. *Res Aging.* 2010;32:679–97. <https://doi.org/10.1177/0164027510379348>.
28. Kapp M. Looking at age discrimination laws through a global lens. *Generations.* 2013;37:70–5 (<https://ssrn.com/abstract=2243721>, consultado el 20 de septiembre del 2020).
29. Ashenfelter O, Card D. Did the elimination of mandatory retirement affect faculty retirement? *Am Econ Rev.* 2002;92:957–80. <https://doi.org/10.1257/00028280260344542>.
30. Burstein P. Discrimination, jobs, and politics: the struggle for equal employment opportunity in the United States since the New Deal. Chicago: University of Chicago Press; 1998.
31. Donohue JJ, Heckman J. Continuous versus episodic change: the impact of civil rights policy on the economic status of Blacks. Cambridge (MA): National Bureau of Economic Research; 1991 (NBER Working Paper No. 3894; <https://www.nber.org/papers/w3894>. Pdf, consultado el 20 de septiembre del 2020).
32. Gunderson M. Male–female wage differentials and policy responses. *J Econ Lit.* 1989;27:46–72 (<http://www.jstor.org/stable/2726941>, consultado el 20 de septiembre del 2020).
33. Cassel D. Does international human rights law make a difference. *Chic J Int Law.* 2001;2:8 (<https://chicagounbound.uchicago.edu/cjil/vol2/iss1/8/>, consultado el 20 de septiembre del 2020).
34. Petersen CJ. The Convention on the Rights of Persons with Disabilities: using international law to promote social and economic development in the Asia Pacific. *Univ Hawaii Law Rev.*

- 2013;35:821 (<https://heinonline.org/HOL/LandingPage?handle=hein.journals/uhawlr35&div=33&id=&page=>, consultado el 20 de septiembre del 2020).
35. Harpur P, Bales R. The positive impact of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities: a case study on the South Pacific and lessons from the US experience. *North Ky Law Rev.* 2010;37:363–88 (<https://ssrn.com/abstract=2000174>, consultado el 15 de junio del 2020).
 36. Byrnes AC, Freeman M. The impact of the CEDAW convention: paths to equality. Sydney: University of New South Wales Law; 2012 (UNSW Law Research Paper No. 2012-7) <https://doi.org/10.2139/ssrn.2011655>.
 37. Byrnes AC. The Convention on the Elimination of all Forms of Discrimination Against Women and the Committee on the Elimination of Discrimination Against Women: reflections on their role in the development of international human rights law and as a catalyst for national legislative and policy reform. Sydney: University of New South Wales Law; 2010 (UNSW Law Research Paper No. 2010-17; <https://ssrn.com/abstract=1595490>, consultado el 20 de septiembre del 2020).
 38. Tang K-I. Combating racial discrimination: the effectiveness of an international legal regime. *Br J Soc Work.* 2003;33:17–29. <https://doi.org/10.1093/bjsw/33.1.17>.
 39. Heyns C, Viljoen F. The impact of the United Nations human rights treaties on the domestic level. *Hum Rights Q.* 2001;23:483–535. <https://doi.org/10.1353/hrq.2001.0036>.
 40. Hill DW. Estimating the effects of human rights treaties on state behavior. *J Politics.* 2010;72:1161–74. <https://doi.org/10.1017/s0022381610000599>.
 41. Englehart NA, Miller MK. The CEDAW effect: international law's impact on women's rights. *J Hum Rights.* 2014;13:22–47. <https://doi.org/10.1080/14754835.2013.824274>.
 42. Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento. En: Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento: Madrid, del 8 al 12 de abril del 2002. Nueva York: Naciones Unidas; 2002 (<https://undocs.org/es/A/CONF.197/9>, consultado el 7 de septiembre del 2020).
 43. Sidorenko AV, Mikhailova ON. Implementation of the Madrid International Plan of Action on Ageing in the CIS countries: the first 10 years. *Adv Gerontol.* 2014;4:155–62. <https://doi.org/10.1134/S2079057014030060>.
 44. Tercer examen y evaluación del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, 2002: evaluación preliminar. Informe del Secretario General. Nueva York: Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas; 2016 (https://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=E/CN.5/2017/6&Lang=S, consultado el 14 de junio del 2020).
 45. Segundo examen y evaluación del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, 2002: informe del Secretario General. Nueva York: Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas; 2012 (<https://undocs.org/es/E/CN.5/2013/6>, consultado el 14 de junio del 2020).
 46. Primer examen y evaluación del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento: evaluación preliminar. Informe del Secretario General. Nueva York: Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas; 2007 (<https://undocs.org/es/E/CN.5/2008/7>, consultado el 14 de junio del 2020).
 47. Directiva 2000/78/CE del Consejo de 27 de noviembre del 2000 relativa al establecimiento de un marco general para la igualdad de trato en el empleo y la ocupación. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea; 2000 (<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:32000L0078&qid=1622807748238&from=ES>, consultado el 20 de octubre del 2020).
 48. Meenan H. Age discrimination in Europe: late bloomer or wall-flower. *Nord Tidsskr Menneskerettigheter.* 2007;25:97–118.
 49. Davies G. Activism relocated: the self-restraint of the European Court of Justice in its national context. *J Eur Public Policy.* 2012;19:76–91. <https://doi.org/10.1080/13501763.2012.632146>.
 50. Annexes to the Joint Report on the application of the Racial Equality Directive (2000/43/EC) and the Employment Equality Directive (2000/78/EC). Bruselas: Comisión Europea; 2014 (documento de trabajo del personal de la Comisión; <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:52014SC0005&from=en>, consultado el 29 de junio del 2020).
 51. Georgantzi N. The European Union's approach towards ageism. En: Ayalon L, Tesch-Römer C, directores. *Contemporary perspectives on ageism.* Cham: Springer; 2018:341–68 https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-319-73820-8_21, consultado el 20 de septiembre del 2020).
 52. Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions – non-discrimination and equal opportunities: a renewed commitment {SEC(2008) 2172}. Bruselas: Comisión Europea; 2008 (<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:52008DC0420&from=en>, consultado el 14 de junio del 2020).
 53. Protocolo de la Unión Africana para la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos acerca de los Derechos de las Personas Mayores en África. Addis Abeba: Comisión Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos; 2016 (https://au.int/sites/default/files/treaties/36438-treaty-0051_-_protocol_on_the_rights_of_older_persons_e.pdf, consultado el 26 de junio del 2020).
 54. Protocolo para la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos acerca de los Derechos de las Personas Mayores en África; status list. Addis Abeba: Unión Africana; 2020 (<https://au.int/en/treaties/protocol-african-charter-human-and-peoples-rights-older-persons>, consultado el 26 de junio del 2020).
 55. Convención Interamericana sobre la Protección los Derechos Humanos de las Personas Mayores. Washington (DC): Organización de los Estados Americanos; 2015 (http://www.oas.org/es/sla/ddi/docs/tratados_multilaterales_interamericanos_a-70_derechos_humanos_personas_mayores.pdf, consultado el 28 de junio del 2020).
 56. Mikołajczyk B. International law and ageism. *Pol Yearb Int Law.* 2015;XXXV:83–108. <https://doi.org/10.7420/pyil2015c>.
 57. Visit to Uruguay – report of the Independent Expert on the Enjoyment of All Human Rights by Older Persons. Ginebra: Naciones Unidas, Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos; 2019 (https://ap.ohchr.org/documents/dpage_e.aspx?si=A/HRC/42/43/Add.1, consultado el 25 de junio del 2020).
 58. Report of the Independent Expert on the Enjoyment of All Human Rights by Older Persons, Rosa Kornfeld-Matte: addendum – mission to Mauritius. Ginebra: Naciones Unidas, Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos; 2015 (https://ap.ohchr.org/documents/dpage_e.aspx?si=A/HRC/30/43/Add.3, consultado el 23 de junio del 2020).
 59. Programa de Acción Mundial para los Jóvenes hasta el Año 2000 y Años Subsiguientes. Nueva York: Naciones Unidas; 1996 (resolución A/RES/50/81; <https://undocs.org/es/A/RES/50/81>, consultado el 20 de septiembre del 2020).

60. Convención Iberoamericana de Derechos de los Jóvenes (<https://www.refworld.org/cgi-bin/telex/vtx/rwmain?docid=4b28ef622>, consultado el 20 de septiembre del 2020).
61. Convención Iberoamericana de Derechos de los Jóvenes y Protocolo Adicional: Tratado Internacional de Derechos de la Juventud (<https://oij.org/wp-content/uploads/2017/01/Convenci%C3%B3n.pdf>, consultado el 20 de septiembre del 2020).
62. La juventud y los derechos humanos: Informe del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Nueva York: Naciones Unidas; 2018 (<https://undocs.org/es/A/HRC/39/33>, consultado el 20 de septiembre del 2020).
63. Carta Africana de los Jóvenes. Addis Abeba: Comisión de la Unión Africana; 2006 (<https://au.int/en/treaties/african-youth-charter>, consultado el 20 de junio del 2020).
64. List of countries which have signed, ratified/acceded to the African Youth Charter. Addis Abeba: Unión Africana; 2019 (<https://au.int/sites/default/files/treaties/7789-sl-AFRI-CAN%20YOUTH%20CHARTER.pdf>, consultado el 24 de junio del 2020).
65. Havinga T. The effects and limits of anti-discrimination law in the Netherlands. *Int J Sociol Law.* 2002;30:75–90. [https://doi.org/10.1016/S0194-6595\(02\)00022-9](https://doi.org/10.1016/S0194-6595(02)00022-9).
66. Hepple B, Coussey M, Choudhury T. Equality: a new framework. Report of the Independent Review of the Enforcement of UK Anti-Discrimination Legislation. Oxford: Hart; 2000.
67. Zwingel S. How do international women's rights norms become effective in domestic contexts: an analysis of the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women (CEDAW) [disertación]. Nuremberg: Ruhr-Universität Bochum; 2005 (<https://d-nb.info/97814287X/34>, consultado el 25 de septiembre del 2020).
68. Fisher RJ. Social desirability bias and the validity of indirect questioning. *J Consum Res.* 1993;20:303–15. <https://doi.org/10.1086/209351>.
69. Neumayer E. Do international human rights treaties improve respect for human rights? *J Conflict Resolut.* 2005;49:925–53. <https://doi.org/10.1177/0022002705281667>.
70. Hafner-Burton EM, Tsutsui K. Justice lost! The failure of international human rights law to matter where needed most. *J Peace Res.* 2007;44:407–25. <https://doi.org/10.1177/0022343307078942>.
71. Informe de la Experta Independiente sobre el disfrute de todos los derechos humanos por las personas de edad, Rosa Kornfeld-Matte. Ginebra: Naciones Unidas, Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos; 2015 (<https://undocs.org/es/A/HRC/30/43>, consultado el 20 de septiembre del 2020).
72. Wilson N, Nghiem N, Foster R, Cobiac L, Blakely T. Estimating the cost of new public health legislation. *Bull World Health Organ.* 2012;90:532–9. <https://doi.org/10.2471/BLT.11.097584>.
73. Tackling multiple discrimination: practices, policies, and laws. Luxemburgo: Office for Official Publications of the European Communities; 2007 (<http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=776&langId=en>, consultado el 20 de septiembre del 2020).
74. Frierson JG. Sex plus age discrimination: double jeopardy for older female employees. *J Individ Employ Rights.* 1997;6:155–166. <https://doi.org/10.2190/T09J-DL85-0P1A-CA9R>.
75. McLaughlin JS. Falling between the cracks: discrimination laws and older women. *Labour.* 2020;34:215–38. <https://doi.org/10.1111/labr.12175>.
76. Lynch KJ. Sex-plus-age discrimination: state law saves the day for older women. *ABA J Labor Employ Law.* 2015;31:149–70 (<https://www.jstor.org/stable/26410785?seq=1>, consultado el 20 de septiembre del 2020).
77. Cost effectiveness and strategic planning (WHO-CHOICE): tables of costs and prices used in WHO-CHOICE analysis. En: Organización Mundial de la Salud [página web]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (<http://www.who.int/choice/costs/en>, consultado el 29 de junio del 2020).
78. Seguimiento de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Nueva York: Naciones Unidas; 2011 (resolución A/RES/65/182; <https://undocs.org/es/A/RES/65/182>, consultado el 20 de septiembre del 2020).
79. Instituciones nacionales de promoción y protección de los derechos humanos. Nueva York: Naciones Unidas; 2016 (resolución A/RES/70/163; <https://undocs.org/es/A/RES/70/163>, consultado el 20 de septiembre del 2020).
80. Seguimiento de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Nueva York: Naciones Unidas; 2020 (resolución A/RES/74/125; <https://undocs.org/es/A/RES/74/125>, consultado el 25 de septiembre del 2020).
81. Historical background of the establishment of the mandate. En: Office of the High Commissioner for Human Rights [página web]. Ginebra: Naciones Unidas, Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos; 2020 (<https://www.ohchr.org/EN/Issues/OlderPersons/IE/Pages/Background.aspx>, consultado el 24 de septiembre del 2020).
82. Hacia un instrumento jurídico internacional amplio e integral para promover y proteger los derechos y la dignidad de las personas de edad. Nueva York: Naciones Unidas; 2013 (resolución A/RES/67/139; <https://undocs.org/es/A/RES/67/139>, consultado el 20 de septiembre del 2020).
83. The impact of COVID-19 on older persons. Nueva York: Naciones Unidas; 2020 (<https://www.un.org/development/desa/ageing/wp-content/uploads/sites/24/2020/05/COVID-Older-persons.pdf>, consultado el 29 de septiembre del 2020).
84. Rihoux B, Rezsöhy I, Bol D. Qualitative comparative analysis (QCA) in public policy analysis: an extensive review. *Ger Policy Stud.* 2011;7:9–82 (<https://spaef.org/article/1317/Qualitative-Comparative-Analysis-QCA-in-Public-Policy-Analysis-an-Extensive-Review>, consultado el 29 de septiembre del 2020).
85. Berg-Schlosser D, De Meur G, Rihoux B, Ragin CC. Qualitative comparative analysis (QCA) as an approach. En: Rihoux B, Ragin CC, directores. Configurational comparative methods: qualitative comparative analysis (QCA) and related techniques. Thousand Oaks (CA): Sage; 2009:18–45.

07

ESTRATÉGIA 2: INTERVENÇÕES EDUCACIONAIS

A close-up portrait of an elderly woman, Celin, from Haiti. She is wearing a white headscarf and a patterned top. Her eyes are closed, and she has a serene expression. The background is a vibrant yellow.

**CELIN, 61,
HAITI**

“ Não tenho vergonha de ser idosa. É uma etapa da vida e é inevitável. Penso que precisamos ensinar que é errado estigmatizar as pessoas por causa da idade. ”

Celin, 61, Haiti

©Joseph Jn-Florley / HelpAge International

Capítulo

07

As intervenções educacionais incluem instruções que transmitem informações, conhecimentos e habilidades, bem como atividades que melhorem a empatia por meio da encenação, da simulação e da realidade virtual.

As pesquisas revelam que as intervenções educacionais estão entre as estratégias mais eficazes para reduzir o idadismo dirigido às pessoas idosas. Nada se sabe sobre sua eficácia para reduzir idadismo voltado às pessoas mais jovens.

Essas intervenções são viáveis e são acessíveis.

As intervenções educacionais têm um papel central a desempenhar em qualquer esforço para reduzir o idadismo.

7.1 O QUE SÃO E COMO FUNCIONAM

As intervenções educacionais para reduzir o idadismo se referem a diversas atividades, que muitas vezes são somadas umas às outras. Essas incluem instruções que transmitem informações, conhecimentos, habilidades e competências com o objetivo de reduzir os estereótipos, o preconceito e a discriminação idadistas. As intervenções educacionais também incluem atividades elaboradas para melhorar a empatia por meio da tomada de perspectivas com diferentes pontos de vista (aquisição de perspectiva), usando, por exemplo, encenações, simulações e realidade virtual. Muitas intervenções educacionais incluem, também, um elemento de contato intergeracional ou uma combinação completa de intervenções de contato pleno entre as gerações (ver Seção 7.2) (1, 2).

As intervenções educacionais podem ser apresentadas presencialmente ou on-line. Ambas podem incluir palestras ou módulos sobre o idadismo que são integrados a determinados cursos (por exemplo, de geriatria, de gerontologia ou de envelhecimento e saúde) ou que formam cursos inteiros abordando o idadismo e que são integrados aos currículos (por exemplo, nas faculdades de medicina, enfermagem e assistência social). Intervenções educacionais presenciais também podem ser realizadas durante o aprendizado no serviço (ou seja,

aprendizagem associada ao serviço comunitário para fornecer instruções pragmáticas e estimular reflexões, ao mesmo tempo em que suprem as necessidades da comunidade), optativas clínicas ou estágios estudantis (por exemplo, alunos que acompanham médicos) e mentorias (ou seja, quando uma pessoa mais experiente ou versada ajuda a orientar uma pessoa menos experiente). A maioria das intervenções têm sido realizadas em ambientes educacionais formais (ou seja, em escolas, faculdades e universidades) e apenas algumas têm ocorrido em meios informais (como, por exemplo, no local de trabalho ou em centros comunitários) (3, 4).

As intervenções educacionais que procuram principalmente transmitir informações e conhecimentos operam sob o pressuposto de que os estereótipos, os preconceitos e a discriminação são resultados da ignorância, de informações equivocadas, de concepções errôneas e de pensamentos simplistas. Fornecer informações exatas e exemplos que combatam estereótipos, dissipando concepções errôneas sobre uma determinada faixa etária e ensinando habilidades de pensamento mais complexas, permite às pessoas reconsiderarem e atualizarem, conscientemente, suas crenças, seus sentimentos e seus comportamentos, e leva à diminuição do idadismo (1, 5-9).

As atividades que melhoram a empatia são um tipo de intervenção educacional cada vez mais usado para abordar o idadismo. A empatia se refere à capacidade de sentir as emoções de outras pessoas e de imaginar o que elas podem estar pensando ou sentindo (10). As atividades que melhoram a empatia buscam gerar identificação com o sofrimento de outra pessoa ou grupo, e a conscientização sobre esse sofrimento, geralmente por meio de exercícios que ajudam a colocar as coisas em perspectiva, usados para combater estereótipos, preconceitos e discriminação.

Tais exercícios procuram aumentar a participação emocional, a compaixão e o desejo de ajudar, e usam, por exemplo, atividades de encenação, jogos de simulação e realidade virtual imersiva para permitir que os participantes imaginem ou vivenciem o mundo sob uma ótica diferente, e assim, questionem os estereótipos e os preconceitos (11-13).

A maioria das intervenções educacionais - tanto as que buscam principalmente transmitir conhecimentos como as que buscam melhorar a empatia - têm visado o idadismo interpessoal, em vez de o idadismo contra si mesmo ou o institucional, e a maioria das intervenções avaliadas foram implementadas em países de alta renda.

7.2 O QUÃO BEM FUNCIONAM

Em 2019, uma revisão sistemática de 23 intervenções educacionais que buscou reduzir o idadismo chegou a conclusões encorajadoras (1). Foi constatado que as intervenções educacionais tiveram efeito de pequeno a médio em relação ao envelhecimento e às pessoas idosas (diferença média padronizada de 0,34), inclusive sobre os estereótipos e os preconceitos. Além disso, constatou que houve um efeito que variou de pequeno a médio sobre os conhecimentos relativos ao envelhecimento (diferença média padronizada de 0,41), inclusive sobre as informações e as concepções equivocadas sobre o processo de envelhecimento (1, 14, 15).

As intervenções educacionais para reduzir o idadismo se referem a diversas atividades que estão muitas vezes associadas. Essas incluem instruções que transmitem informações, conhecimentos, habilidades e competências que visam reduzir os estereótipos idadistas, o preconceito e a discriminação.

A Seção 7.1 deste capítulo descreve as intervenções educacionais - a segunda estratégia para enfrentar o idadismo. A Seção 7.2 faz uma análise das evidências disponíveis sobre a eficácia, e a Seção 7.3 fornece exemplos de diversos países. Além disso, este capítulo também apresenta, na Seção 7.4, as características que podem tornar essa intervenção mais eficaz, bem como seus custos.

Vinte e uma das 23 intervenções educacionais incluídas na análise eram dos Estados Unidos, uma era da Austrália e uma de Taiwan (China), sendo todos esses países de alta renda (1).

É provável que intervenções educacionais também funcionem para reduzir o idadismo nos países de renda baixa e média, mas é preciso testá-las nesses locais. Esta revisão sistemática confirma os resultados de uma análise anterior sobre as intervenções educacionais para abordar o idadismo entre estudantes, o que sugere que as intervenções educacionais mudam tanto as atitudes como os conhecimentos relacionados ao idadismo (2). A análise também dissipa os resultados inconclusivos de duas análises anteriores e menos rigorosas sobre as intervenções educacionais, uma das quais avaliou os impactos sobre estudantes de medicina e médicos (16) e a outra sobre profissionais da saúde (17).

É provável que as intervenções educacionais reduzam o idadismo nos países de renda baixa e média, mas essas precisam ser testadas nesses locais.

7.3 EXEMPLOS

Quatro exemplos ilustram diferentes tipos de intervenções educacionais de diversas partes do mundo. A primeira, no Irã, foi uma intervenção educacional que incluiu um elemento intergeracional. A segunda e a terceira, nos Estados Unidos e na Austrália, envolveram intervenções voltadas, respectivamente, aos estudantes do ensino médio e universitários. Todas as três utilizaram, principalmente, a instrução em sala de aula. A última foi uma atividade que melhora a empatia por meio da realidade virtual, aplicada a estudantes universitários no Reino Unido.

7.3.1 Oficinas e conversas no Irã

Na Província de Mazandaran, no Irã, uma intervenção educacional foi realizada com um elemento intergeracional em estudantes do ensino básico, secundário, médio e universitário.

A intervenção consistiu de 10 oficinas sobre o desenvolvimento humano durante o curso de vida, e incluiu palestras, discussões, filmes e folhetos, tudo voltado para questões importantes sobre o envelhecimento. A intervenção incluiu, também, conversas com pessoas idosas.

Antes da intervenção, havia sido constatado que os estudantes dos ensinos básico, médio e secundário eram mais idadistas que seus pares universitários. A intervenção baixou a pontuação na Escala Fraboni de Idadismo, indicando uma queda no idadismo em todos os grupos de estudantes, sendo que maior foi na dimensão afetiva da escala. O estudo também constatou que o idadismo era mais proeminente entre os estudantes de enfermagem e medicina, comparado com alunos que cursavam outras faculdades (18).

7.3.2 Documentários sobre histórias de vida nos Estados Unidos

Em uma intervenção educacional presencial nos Estados Unidos, os estudantes assistiram e em seguida discutiram documentários que retratam histórias de vidas. Por exemplo, um dos documentários contou a história de Sam Ballard e seus quatro casamentos, e incluiu reflexões dele sobre encontrar amor, perder amor e o significado do amor e dos relacionamentos durante a vida dele.

O outro contou a história de Mary Starke Harper, uma americana do Alabama de ascendência africana que se tornou psicóloga, cientista social e enfermeira, a quem foi

concedido o título honorário de advogada e que assessorou seis presidentes nas áreas de políticas e pesquisa sobre saúde mental e envelhecimento.

Foi constatado que a intervenção fortaleceu o sentimento de afinidade por parte dos estudantes e de pertencimento junto às pessoas idosas, revigorando seu envolvimento e interesse nas pessoas idosas, aumentando o entusiasmo e a admiração que sentiam pelos idosos. Também diminuiu o antagonismo e a antipatia em relação às pessoas idosas e ao desejo de evitá-las. No entanto, a intervenção não produziu sentimentos mais positivos em relação às pessoas idosas (mensurados, por exemplo, por declarações como "Eu gosto de pessoas idosas" ou "Tenho sentimentos positivos em relação às pessoas idosas"), a um sentido maior de conforto na presença de pessoas idosas nem a atitudes menos discriminatórias em relação a elas (19).

7.3.3 Intervenção nas bases curriculares na Austrália

Uma intervenção presencial educativa para os estudantes do ensino médio na Austrália incluiu quatro sessões semanais interativas, envolvendo discussões em grupo, jogos, encenações e estudos de casos. A intervenção foi integrada ao currículo de saúde e sociedade. Os estudantes do ensino médio receberam também a tarefa de praticar em suas vidas as novas habilidades adquiridas junto às pessoas idosas. Quase todos os estudantes tiveram contato com pessoas idosas, como avós, outros familiares ou familiares de amigos (20).

A Primeira Sessão incentivou os estudantes a discutirem o que significa ser uma pessoa idosa na sociedade de hoje e a considerarem as perspectivas delas. A pergunta principal dessa sessão foi, "O que os indivíduos idosos podem esperar de mim?"

A Segunda Sessão procurou aumentar a

conscientização sobre as atitudes idadistas e os estereótipos. A principal pergunta dessa sessão foi, "O que os indivíduos idosos fizeram pela sociedade ou para contribuir para essa?" O objetivo era fazer os estudantes pensarem sobre as pessoas idosas e a ampliarem a percepção que têm sobre a vida dessas pessoas para ajudá-los a julgar, de maneira mais ponderada, se os idosos merecem respeito.

A Terceira Sessão promoveu o respeito mútuo por meio da reflexão dos adolescentes sobre o que gostariam que as pessoas idosas compreendessem a respeito deles. A pergunta principal dessa sessão foi, "O que eu gostaria de receber das pessoas idosas (para promover uma interação mutuamente respeitosa)?"

A Quarta Sessão procurou fomentar interações positivas e respeitadas entre adolescentes e indivíduos idosos por meio do ensino de habilidades interpessoais. A pergunta principal dessa sessão foi, "O que posso fazer (ou seja, como posso me comportar) para estimular interações mutuamente respeitadas?" Esta sessão foi formulada para lidar com a tendência que os adolescentes têm de evitar provocar interações com os indivíduos idosos por temerem reações negativas e não saberem como lidar com elas.

Essa intervenção aumentou os conhecimentos e diminuiu as percepções equivocadas sobre as pessoas idosas, levou a tendências menos negativas, a atitudes mais positivas (incluindo no tocante aos estereótipos) e a melhores habilidades sociais relacionadas com as pessoas idosas.

7.3.4 Realidade virtual no Reino Unido

No Reino Unido, uma equipe de pesquisa usou três atividades de realidade virtual para levar estudantes universitários a ter mais empatia pelas pessoas idosas (11). Na

primeira atividade, os estudantes usaram um aplicativo para criar uma imagem visual de si mesmos como pessoas de idade. No segundo, que visava simular a experiência de exclusão e isolamento social vivenciadas por muitas pessoas idosas, os estudantes usaram óculos projetores de realidade virtual que deram a eles a experiência de participar de um jantar durante o qual eles não foram incluídos nas conversas. Na terceira atividade, os estudantes foram guiados por uma experiência imersiva de completar várias tarefas diárias no lar de uma pessoa idosa com debilidade moderada (por exemplo, fazer uma bebida quente, atender a porta). Por meio da realidade virtual, a velocidade de seus movimentos e de suas reações foi desacelerada, sua audição foi abafada e a sua visão foi embaçada. Os estudantes relataram que se deram melhor conta das experiências das pessoas idosas e que passaram a ter maior empatia e respeito por eles.

7.4 PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS E CUSTOS

Ainda não se sabe que subtipo de intervenção educacional é mais eficiente: as que têm por base a instrução ou as que melhoram a empatia. Tampouco se sabe qual característica de cada subtipo (por exemplo, on-line ou presencial; encenação, simulação ou realidade virtual) está associada com maior eficácia (ver [Quadro 7.1](#)).

Apresentar informações a partir de uma perspectiva positiva pode ajudar a refutar estereótipos e preconceitos pré-existentes sobre o envelhecimento.

Uma dificuldade para identificar quais características estão associadas com a eficácia é a heterogeneidade das intervenções educacionais. Por exemplo, apesar de a maioria dos estudos incluídos em uma revisão sistemática ter dependido principalmente de cursos e palestras para transmitir informações e conhecimentos, alguns incluíram também um elemento de contato intergeracional, encenação ou simulação. Contudo, vários estudos fornecem dicas sobre características possivelmente importantes das intervenções educacionais, e essas constam abaixo.

- Com o passar do tempo, doses pequenas podem apresentar resultados melhores do que um curso especializado. Um estudo comparou as modalidades de ensino e constatou que tanto receber informações por meio de um determinado curso durante um semestre como inculcar as mesmas informações por toda a extensão do currículo leva a melhorias nas atitudes em relação às pessoas idosas; porém, inculcar as informações pouco a pouco apresentou resultado ligeiramente melhor do que o ensino por meio do curso especializado (21).
- Apresentar informações a partir de uma perspectiva positiva pode ajudar a refutar estereótipos e preconceitos pré-existentes sobre o envelhecimento. Um desafio nas intervenções educacionais é achar a medida certa entre ser honesto e compreensivo em relação ao envelhecimento e não pintar uma imagem muito negativa que acabe sendo contraproducente (22, 23). O risco é que quando há um esforço no sentido de apresentar tanto os aspectos positivos como os negativos, os participantes podem

colocar o foco e se lembrarem das experiências e informações que reforçam os estereótipos e os preconceitos pré-existentes. Quando do desenvolvimento de intervenções educacionais, é provavelmente melhor errar ao enfatizar os aspectos positivos, conforme sugerem as pesquisas sobre a apresentação de pessoas idosas nos estudos experimentais (examinado no Capítulo 4). Os efeitos das intervenções para reduzir os estereótipos e o preconceito também tendem a se dissipar rapidamente quando estereótipos e preconceitos preexistentes são reacendidos pela cultura do meio (6).

- Discussões em grupo ou treinamentos de habilidades são necessários para reforçar o ensino. As mudanças nas atitudes com relação às pessoas idosas produzidas apenas pela transferência de informações tendem a se esvaír rapidamente a menos que essas informações sejam reforçadas por atividades posteriores, como discussões em grupo ou treinamento em habilidades sociais (9, 24, 25).
- Os efeitos das encenações podem ser aumentados por meio de comentários e ao colocar os alunos para desempenhar o papel da pessoa idosa. Uma revisão sistemática das intervenções que buscaram melhorar a empatia nos estudantes da área de saúde por meio de encenações fez duas sugestões. A primeira é que é importante que os estudantes desempenhem o papel não só do profissional da saúde, mas também o do paciente mais velho. A segunda é que uma sessão de comentários deve ser incluída para permitir que os estudantes traduzam as experiências

adquiridas com a encenação em comportamentos mais empáticos (26).

- As principais características das intervenções de realidade virtual incluem se certificar de que os participantes fiquem plenamente imersos em uma cena e na experiência que essa proporciona, isso é, que sintam como é estar no corpo de uma pessoa mais idosa. Quanto maior a eficácia da simulação de realidade virtual no sentido de dar a impressão de estar no mundo de outra pessoa e quanto maior o sentimento de estar realmente naquele mundo (isso é, quanto maior o sentimento de imersão), mais empatia parece ser gerada. E, quanto maior a impressão um indivíduo tiver de estar vivenciando o mundo no corpo de outra pessoa (p. ex., maior a sensação de assimilação), maior a empatia gerada (12).
- Uma análise das simulações baseadas na realidade virtual usadas para treinar profissionais da saúde em doenças mentais constatou que tais intervenções parecem ter mais impacto sobre a empatia dos participantes com formação na área de saúde do que em pessoas sem essa formação (27). Essa análise também destaca a falta de consenso sobre o conteúdo ideal para tais intervenções e os protocolos para a executar esses treinamentos, aspectos que são relevantes também para as intervenções de realidade virtual usadas para reduzir o idadismo.

As evidências mostram que as intervenções educacionais são eficazes para reduzir o idadismo e o preço parece ser acessível.

O Jogo do Envelhecimento parece ser uma das poucas intervenções educacionais comprovadamente eficazes e com custo calculado (23, 28). No Jogo do Envelhecimento, os estudantes de medicina vivenciam simulações de déficit físico, sensorial e cognitivo, que tendem a aumentar com a idade. A intervenção leva a metade de um dia e envolve em torno de 30 estudantes por vez. Estima-se que cada oficina custe aproximadamente 33 dólares por aluno, o que é relativamente acessível. É importante saber o custo das intervenções eficientes. Sem estimativas de custo exatas e comparáveis, não é possível estimar a relação custo-benefício das intervenções. Outras estimativas exatas de intervenções educacionais são necessárias.

7.5 CONCLUSÕES E PERSPECTIVAS FUTURAS

As evidências mostram que as intervenções educacionais são eficazes para reduzir o idadismo, e o preço parece ser acessível. No entanto, tais intervenções são muito heterogêneas. Há vários formatos, tais como os que buscam transmitir informação e conhecimentos em sala de aula ou on-line e executar atividades que melhoram a empatia, incluem encenações, jogos de simulação e realidade virtual imersiva. As intervenções educacionais e as atividades de contato intergeracional estão entre as mais eficazes para reduzir o idadismo, e as duas funcionam bem quando associadas (ver o Capítulo 8).

As prioridades futuras para as intervenções educacionais devem incluir:

- desenvolvimento, testagem e ampliação das intervenções educacionais em todos os países para reduzir o idadismo contra pessoas idosas, mas principalmente

nos países de baixa e média renda, onde essas intervenções são raras, nos estabelecimentos de ensino formais (por exemplo, escolas, faculdades, universidades) e informais (por exemplo, no local de trabalho);

- desenvolvimento, testagem e ampliação das intervenções educacionais que reduzem o idadismo autodirigido e o institucional, que estão pouco disponíveis;
- descrição das características das intervenções de maneira padronizada para que essas possam ser replicadas mais facilmente e para que suas características essenciais sejam mais bem identificadas (ver Quadro 7.1);
- estimativa da relação custo-benefício das intervenções educacionais, quando não estiver disponível.

Oportunidades para pesquisa sobre intervenções educacionais, intergeracionais e educacionais-intergeracionais

Os resultados das intervenções educacionais, de contato intergeracional e de contato educacional-intergeracional têm por base uma análise sistemática e uma metanálise de alta qualidade encomendadas para este relatório—a primeira metanálise do tipo nessa área (1). Essa análise incluiu 63 estudos e foi realizada de acordo com as diretrizes PRISMA (29). Um total de 14 bases de dados eletrônicas foram consultadas, e a qualidade dos estudos individuais foi cuidadosamente avaliada, bem como o corpo de evidências dos resultados de cada estudo.

Porém, a qualidade dos estudos subjacentes não foi alta. Somente seis dos 63 estudos foram ensaios controlados randomizados. Mais da metade dos estudos foi de alto risco de viés em quatro ou mais das seis dimensões avaliadas usando a ferramenta de Risco de Viés da Cochrane. A ferramenta do grupo de trabalho para a Classificação de Análises, Desenvolvimento e Avaliação de Recomendações (GRADE) foi usada para avaliar a qualidade do conjunto de evidências dos estudos em cada um dos desfechos de idadismo. No geral, a qualidade foi considerada moderada para três dos desfechos e baixa ou muito baixa nos outros dois (30). No futuro, os pesquisadores devem se esforçar para realizar estudos de mais alta qualidade e com menos risco de viés.

As características essenciais das intervenções também devem ser identificadas com maior rigor. Isto (i) permitirá que as intervenções sejam otimizadas, (ii) ajudará a identificar quais características contribuem para a eficácia quando duas ou mais intervenções são combinadas e (iii) dará alguma orientação sobre as características essenciais para a eficácia de uma estratégia, principalmente em um novo contexto em que pode não ser possível testar novamente as intervenções. O guia e a checklist do Modelo para a Descrição e Repetição de Intervenções (31) foi elaborado por uma equipe internacional de especialistas para promover descrições completas e exatas das intervenções. Incentivamos os pesquisadores a usarem esta checklist e guia quando planejarem relatar material sobre avaliação de intervenções para reduzir o idadismo.

REFERÊNCIAS

1. Burnes D, Sheppard C, Henderson CR Jr., Wassel M, Cope R, Barber C, et al. Interventions to reduce ageism against older adults: a systematic review and meta-analysis. *Am J Public Health*. 2019;109:e1-9. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2019.305123>.
2. Chonody JM. Addressing ageism in students: a systematic review of the pedagogical intervention literature. *Educ Gerontol*. 2015;41:859–87. <https://doi.org/10.1080/03601277.2015.1059139>.
3. Formal, non-formal and informal learning. En: Consejo de Europa, Linguistic Integration of Adult Migrants [página web]. Estrasburgo: Consejo de Europa; 2020 (<https://www.coe.int/en/web/lang-migrants/formal-non-formal-and-informal-learning>, consultado el 24 de septiembre del 2020).
4. Recognition of non-formal and informal learning. En: Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos [página web]. París: Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos; 2020 (<http://www.oecd.org/education/skills-beyond-school/recognition-ofnon-formaland-informallearning-home.htm>, consultado el 24 de septiembre del 2020).
5. Dasgupta N. Mechanisms underlying the malleability of implicit prejudice and stereotypes. En: Nelson TD, director. *Handbook of prejudice, stereotyping, and discrimination*. Nueva York: Psychology Press; 2009:267–84.
6. FitzGerald C, Martin A, Berner D, Hurst S. Interventions designed to reduce implicit prejudices and implicit stereotypes in real world contexts: a systematic review. *BMC Psychol*. 2019;7:29. <https://doi.org/10.1186/s40359-019-0299-7>.
7. Lai CK, Marini M, Lehr SA, Cerruti C, Shin JE, Joy-Gaba JA, et al. Reducing implicit racial preferences: I. A comparative investigation of 17 interventions. *J Exp Psychol Gen*. 2014;143:1765–85. <https://doi.org/10.1037/a0036260>.
8. Paluck EL, Green DP. Prejudice reduction: what works? A review and assessment of research and practice. *Annu Rev Psychol*. 2009;60:339–67. doi10.1146/annurev.psych.60.110707.163607.
9. Ragan AM, Bowen AM. Improving attitudes regarding the elderly population: the effects of information and reinforcement for change. *Gerontologist*. 2001;41:511–5. <https://doi.org/10.1093/geront/41.4.511>.
10. What is empathy? En: Greater Good Magazine [página web]. Berkeley (CA): University of California at Berkeley, Greater Good Science Center; 2020 (<https://greatergood.berkeley.edu/topic/empathy/definition>, consultado el 2 de agosto del 2020).
11. Hudson J, Waters T, Holmes M, Agris S, Seymour D, Thomas L, et al. Using virtual experiences of older age: exploring pedagogical and psychological experiences of students. En Hudson J, Kerton R, directores. *Proceedings of the Virtual and Augmented Reality to Enhance Learning and Teaching in Higher Education Conference 2018*. Chichester (Reino Unido): IM Publications Open; 2019:61–72. <https://doi.org/10.1255/vrar2018.ch7>.
12. Louie AK, Coverdale JH, Balon R, Beresin EV, Brenner AM, Guerrero APS, et al. Enhancing empathy: a role for virtual reality? *Acad Psychiatry*. 2018;42:747–52. <https://doi.org/10.1007/s40596-018-0995-2>.
13. Oh SY, Bailenson J, Weisz E, Zaki J. Virtually old: embodied perspective taking and the reduction of ageism under threat. *Comput Hum Behav*. 2016;60:398–410. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2016.02.007>.
14. Lipsey MW, Wilson DB. *Practical meta-analysis*. Thousand Oaks (CA): Sage; 2001.
15. Rosenthal JA. Qualitative descriptors of strength of association and effect size. *J Soc Serv Res*. 1996;21:37–59. https://doi.org/10.1300/J079v21n04_02.
16. Samra R, Griffiths A, Cox T, Conroy S, Knight A. Changes in medical student and doctor attitudes toward older adults after an intervention: a systematic review. *J Am Geriatr Soc*. 2013;61:1188–96. <https://doi.org/10.1111/jgs.12312>.
17. Brown CA, Kother DJ, Wieland TM. A critical review of interventions addressing ageist attitudes in healthcare professional education. *Can J Occup Ther*. 2011;78:282–93. <https://doi.org/10.2182/cjot.2011.78.5.3>.
18. Sum S, Emamian S, Sefidchian A. Aging educational program to reduce ageism: intergenerational approach. *Elder Health J*. 2016;2:33–8.
19. Yamashita T, Hahn SJ, Kinney JM, Poon LW. Impact of life stories on college students' positive and negative attitudes toward older adults. *Gerontol Geriatr Educ*. 2018;39:326–40. <https://doi.org/10.1080/02701960.2017.1311884>.
20. Mellor D, McCabe M, Rizzuto L, Gruner A. Respecting our elders: evaluation of an educational program for adolescent students to promote respect toward older adults. *Am J Orthopsychiatry*. 2015;85:181–90. <https://doi.org/10.1037/ort0000041>.
21. Jansen DA, Morse WA. Positively influencing student nurse attitudes toward caring for elders: results of a curriculum assessment study. *Gerontol Geriatr Educ*. 2004;25:1–14. https://doi.org/10.1300/J021v25n02_01.
22. Merz CC, Stark SL, Morrow-Howell NL, Carpenter BD. When I'm 64: effects of an interdisciplinary gerontology course on first-year undergraduates' perceptions of aging. *Gerontol Geriatr Educ*. 2018;39:35–45. <https://doi.org/10.1080/02701960.2016.1144600>.
23. Pacala JT, Boulton C, Hepburn K. Ten years' experience conducting the Aging Game workshop: was it worth it? *J Am Geriatr Soc*. 2006;54:144–9. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.00531.x>.
24. Intrieri RC, Kelly JA, Brown MM, Castilla C. Improving medical students' attitudes toward and skills with the elderly. *Gerontologist*. 1993;33:373–8. <https://doi.org/10.1093/geront/33.3.373>.
25. Yu CY, Chen KM. Experiencing simulated aging improves knowledge of and attitudes toward aging. *J Am Geriatr Soc*. 2012;60:957–61. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2012.03950.x>.
26. Bearman M, Palermo C, Allen LM, Williams B. Learning empathy through simulation: a systematic literature review. *Simul Health Care*. 2015;10:308–19. <https://doi.org/10.1097/SIH.0000000000000113>.
27. Wan WH, Lam I. The effectiveness of virtual reality-based simulation in health professions education relating to mental illness: a literature review. *Health*. 2019;11:646–60. <https://doi.org/10.4236/health.2019.116054>.
28. Pacala JT, Boulton C, Bland C, O'Brien J. Aging Game improves medical students' attitudes toward caring for elders. *Gerontol Geriatr Educ*. 1995;15:45–57. https://doi.org/10.1300/J021v15n04_05.
29. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, the PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLOS Med*. 2009;6(7):e1000097. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>.
30. Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, Kunz R, Falck-Ytter Y, Alonso-Coello P, et al. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ*. 2008;336:924–6. <https://doi.org/10.1136/bmj.39489.470347.AD>.
31. Hoffmann TC, Glasziou PP, Boutron I, Milne R, Perera R, Moher D, et al. Better reporting of interventions: template for intervention description and replication (TIDieR) checklist and guide. *BMJ*. 2014;348:g1687. <https://doi.org/10.1136/bmj.g1687>.

08

ESTRATÉGIA 3: INTERVENÇÕES DE CONTATO INTERGERACIONAIS

“ Acho que é importante [que] a sociedade como um todo, e o governo em particular, se empenhem na promoção do entendimento mútuo entre as pessoas mais jovens e mais velhas. ”

Olípcia, 74, Haiti

©Joseph Jn-Florley / HelpAge International

**OLÍPCIA, 74,
HAITI**

As intervenções de contato entre gerações buscam estimular a interatividade entre as gerações.

Segundo pesquisas, o contato entre as gerações e as intervenções educacionais estão entre as intervenções mais eficientes para reduzir o idadismo direcionado às pessoas idosas, e são promissoras para reduzir o idadismo contra as pessoas mais jovens.

Intervenções que unem o ensino e contato entre pessoas de diferentes gerações também podem funcionar para reduzir o idadismo voltado às pessoas idosas, e têm um efeito ligeiramente maior sobre as atitudes do que as intervenções de contato intergeracional usadas por si sós; porém, essas têm pouco efeito sobre a aprendizagem sobre o envelhecimento.

As intervenções de contato intergeracional devem ser incluídas em todo e qualquer esforço integral para reduzir o idadismo, juntamente com as políticas, as leis e as intervenções educacionais relevantes.

8.1 O QUE SÃO E COMO FUNCIONAM

As intervenções de contato intergeracional procuram estimular as interações entre pessoas de diferentes gerações, e são uma estratégia importante para combater o idadismo. Normalmente, essas intervenções envolvem a reunião de pessoas idosas e mais jovens para que todos trabalhem de maneira cooperativa em tarefas para promover a formação de laços e a compreensão entre as gerações (1).

Muitas vezes, as atividades de contato entre gerações estão subdivididas entre as que incluem contato direto e as que incluem contato indireto. O contato direto inclui interações face a face, que podem ocorrer em diversos contextos, como, por exemplo, as pessoas idosas e mais jovens podem participar de jogos, trabalhar em uma horta, fazer peças de arte ou se envolver em terapia musical juntas ou ensinando uns aos outros; as pessoas mais jovens visitam asilos ou trabalham como aprendizes junto às pessoas idosas; as pessoas idosas realizam entrevistas prolongadas ou discussões com

as pessoas mais jovens ou vice-versa; ou, as pessoas idosas e mais jovens às vezes dividem a mesma residência, o que é chamado de divisão do lar. Os programas nas escolas estão entre as atividades diretas de contato intergeracional mais comuns. Isso pode envolver a reunião de pessoas idosas com os estudantes uma vez por semana por uma hora ou duas, por exemplo, para contar histórias, fazer pinturas ou trocar receitas e cozinhar juntos.

As amizades intergeracionais e o contato entre avós e netos também são formas de contato intergeracional direto que podem, possivelmente, reduzir o idadismo (2). Graças ao aumento da longevidade, nunca houve tantos avós vivos na história. As relações com os avós também representam, para muitas pessoas mais jovens, seu primeiro e mais frequente contato com pessoas idosas (1). Os domicílios onde falta uma geração, nos quais os netos vivem com os avós, são comuns em algumas localidades do mundo (por exemplo, na África, na Europa oriental, na América Latina e no Caribe), seja pelo fato de as crianças serem órfãs de pais que tiveram AIDS ou pelo fato de os pais terem migrado em busca de trabalho (3).

Apesar de as amizades intergeracionais e o contato entre avós e netos não constituírem intervenções propriamente ditas, e de até hoje nenhum estudo ter objetivado examinar o efeito do contato entre avós e netos ou da amizade intergeracional sobre o idadismo, esses temas serão abordados nesta seção devido à sua importância.

As intervenções de contato intergeracional indireto implicam que os participantes ficam expostos a outra faixa etária sem que haja um encontro direto ou presencial. Às vezes é feita uma distinção entre o contato indireto prolongado e o contato indireto imaginado. O contato indireto prolongado ocorre quando, por exemplo, é sabido que um amigo

de uma idade semelhante tem amigos de outra faixa etária. Esse contato se baseia na ideia de que um amigo seu é um amigo meu. O contato indireto imaginado funciona da seguinte forma: pede-se às pessoas que imaginem terem um encontro positivo com uma pessoa de outra faixa etária (2).

A teoria do contato intergrupar explica de que forma as intervenções de contato intergerações funcionam para reduzir o idadismo. Facilitar o contato entre grupos sob condições ideais reduz o preconceito intergrupar e os estereótipos, em menor proporção, ao reduzir a ansiedade relacionada com o contato intergrupar e aumentar a colocação de situações em perspectiva, bem como a empatia (4, 5).

As condições ideais ocorrem quando ambos os grupos têm status igual e objetivos comuns, e quando há cooperação intergrupar e apoio das autoridades, da lei ou dos costumes (2, 4-6) (ver **Quadro 4.1** no Capítulo 4). A avaliação das intervenções que se baseiam nessa teoria, isso é, que incluíram mediações para reduzir o idadismo, demonstram que os efeitos do contato intergrupar podem ser generalizados não só para os participantes imediatos da intervenção como para todo o grupo mais externo (4, 5).

8.2 O QUÃO BEM FUNCIONAM

As estratégias de contato intergeracional estão entre as mais eficazes para reduzir o idadismo voltado às pessoas idosas, juntamente com as intervenções educacionais.

As evidências de que as intervenções com base no contato entre gerações funcionam para reduzir o idadismo voltado às pessoas idosas vem crescendo. Uma revisão sistemática que incluiu a avaliação de 21

Quadro 8.1

intervenções de contato intergeracional que tinham por objetivo reduzir o idadismo contra pessoas idosas constatou que o efeito foi pequeno sobre as atitudes (diferença média padronizada de 0,18), incluindo sobre os estereótipos e preconceitos (7). Além disso, mostrou que essas intervenções tiveram um efeito moderado sobre o conhecimento (uma diferença média padronizada de 0,53), incluindo sobre as informações e concepções equivocadas a respeito do envelhecimento (ver Capítulo 7, [Quadro 7.1](#)).

Na análise, todos os estudos foram feitos em países de alta renda, exceto um da China, que é um país de renda média-alta (7). Sendo assim, apesar de haver até certo ponto embasamento para que se presuma que tais intervenções também funcionarão em países de renda baixa ou média, não há certeza quanto a isso (8-11). A revisão sistemática também avaliou os efeitos das intervenções que combinaram atividades educacionais e intergeracionais de contato (ver [Quadro 8.1](#)).

Na análise, apenas duas das 40 intervenções de contato intergeracional e que associaram as intervenções de contato intergeracional com as educacionais estabeleceram como alvo a ansiedade com o envelhecimento dos próprios participantes, que está relacionada com o idadismo autodirigido. Além disso, nenhuma abordou o idadismo institucional (7).

Os resultados dessa revisão sistemática confirmam os resultados de análises anteriores. Por exemplo, uma revisão sistemática das intervenções que testaram a teoria de contato intergrupar e que incluiu 54 estudos que avaliaram o preconceito contra pessoas idosas concluiu que as intervenções foram eficazes (5), assim como fez uma outra análise sobre programas de contato intergeracional (2).

Apesar de haver poucas evidências de que tais intervenções são eficazes para reduzir

o idadismo contra pessoas mais jovens, os resultados são promissores ([Quadro 8.2](#)).

É importante enfatizar que, além de reduzir idadismo, o contato intergeracional tem outros benefícios. Por exemplo, para pessoas idosas pode melhorar a saúde e o bem-estar psicossocial, bem como aumentar a autoestima, reduzir a angústia e a solidão, aumentar o sentimento de conexão social e fortalecer a solidariedade intergeracional (2, 20, 21).

8.3 EXEMPLOS

O primeiro dos quatro exemplos de intervenções de contato intergeracional apresentados nesta seção envolve pessoas idosas e mais jovens jogando videogames juntos em Cingapura. O segundo exemplo, ocorrido na Região Administrativa Especial de Hong Kong, China, descreve uma forma de aprendizado de serviço para estudantes de enfermagem e medicina. O terceiro exemplo discute uma intervenção, em Portugal, na qual estudantes foram envolvidos em contato intergeracional de longa duração ao se mudaram para os lares de pessoas idosas. O último exemplo inclui apenas contato intergeracional breve e imaginado entre estudantes no Reino Unido.

8.3.1 Videogames em Cingapura

Essa intervenção intergeracional em Cingapura envolveu o contato direto entre pessoas idosas e mais jovens que durante dois meses se encontraram seis vezes para jogar videogames. Os participantes idosos foram recrutados de centros de atividades para a comunidade local e tinham uma média da idade de 76 anos; os participantes mais jovens foram recrutados das escolas locais e tinham uma média da idade de 17 anos.

Intervenções combinadas de educação e contato intergeracional

Intervenções educacionais e de contato intergeracional são frequentemente implementadas juntas. Dos 63 estudos incluídos na análise sistemática, 19 incluíram essa combinação de intervenções (7).

As intervenções que associaram a educação ao contato intergeracional tiveram um efeito ligeiramente maior sobre as atitudes em relação às pessoas idosas (uma diferença média padronizada de 0,43), tanto em relação aos estereótipos quanto aos preconceitos, do que as que envolveram apenas o contato intergeracional (diferença média padronizada de 0,18). Mas as intervenções que combinaram educação e contato intergeracional não produziram nenhuma diferença sobre os efeitos relacionados com as atitudes. As intervenções que avaliaram apenas a educação e apenas o contato intergeracional também não produziram diferenças nos efeitos sobre as atitudes. Além disso, a combinação de intervenções não produziu efeito significativo sobre o conhecimento; no entanto, as intervenções que envolveram apenas educação e apenas contato intergeracional tiveram efeitos pequenos e moderados sobre conhecimento, respectivamente (7, 12, 13).

Outras análises associaram os resultados apenas das intervenções de educação, apenas das de contato intergeracional e a combinação de educação e contato intergeracional, e foram vários os resultados dignos de menção (7). As análises concluíram que apesar de essas intervenções terem um efeito pequeno sobre as atitudes e os conhecimentos dos estudantes das faixas etárias correspondentes ao ensino médio e universitário, elas não foram eficazes no sentido de melhorar as atitudes em crianças do pré-primário e o primário. Nenhum estudo examinou o efeito que tiveram sobre os conhecimentos dos estudantes do pré-primário e do ensino fundamental. As análises também revelaram que a dose da intervenção não teve relação com melhorias nas atitudes ou nos conhecimentos. Por fim, as intervenções também pareceram aumentar o grau de conforto dos participantes mais jovens ao interagirem com adultos, mas não tiveram efeito sobre as suas atitudes preconceituosas em relação ao próprio envelhecimento (um substituto do idadismo contra si mesmo).

Dezoito das 19 intervenções combinadas incluídas na análise foram implementadas nos Estados Unidos e uma no Canadá (7). Dessa forma, não podemos determinar com segurança se esses resultados sobre a combinação de intervenções se aplicam a países de baixa ou média renda.

Exemplo: Educação positiva sobre envelhecimento e experiências de contato nos Estados Unidos.

O programa Educação Positiva sobre o Envelhecimento e Experiências de Contato (PEACE) é um exemplo de uma intervenção on-line que combinou intervenções

educacionais e de contato intergeracional e que reduziu o idadismo e visou pessoas mais jovens (14). A intervenção constou da apresentação de uma série de afirmações corretas ou falsas sobre o envelhecimento e as pessoas idosas. Por exemplo, os participantes tiveram que decidir se a afirmação de que "A depressão é mais frequente nos idosos que nas pessoas mais jovens" era correta ou falsa. No componente educacional, as respostas corretas e as explicações que acompanhavam foram fornecidas após o participante ter respondido às perguntas.

O componente contato foi uma forma de contato indireto e prolongado, e consistiu de uma resposta adicional à pergunta sobre a depressão que descrevia uma relação intergeracional de maneira positiva: "O Max (de 22 anos de idade) ... admira a perspectiva de vida do Carlos e quer ser mais como ele ..."

Quando testada, essa intervenção on-line simples, fácil de implementar e presumivelmente de baixo custo melhorou as atitudes em relação às pessoas idosas e os conhecimentos sobre o envelhecimento. Possivelmente, poderia ser convertida em uma intervenção mais aprofundada e amplamente disponibilizada por canais on-line para reduzir o idadismo. Uma avaliação do programa PEACE constatou que a combinação de intervenções não foi, de maneira geral, mais eficaz na redução dos resultados do idadismo que os componentes educacionais ou de contato intergeracional por si só (14).

Tanto os participantes mais jovens como idosos que jogaram os jogos de vídeo juntos informaram ter havido mudanças mais positivas em relação à ansiedade intergrupala (por exemplo, se sentiram menos incomodados e inseguros e mais confiantes ao interagirem com membros do outro grupo) e nas atitudes (por exemplo, medida na dimensão de se sentir menos tolo-perspicaz, chato-interessante e inativo-ativo) que os participantes do grupo de controle, que não jogaram jogos de vídeo juntos. Os resultados indicaram que curtir o jogo teve um papel importante na redução da ansiedade intergeracional e na melhoria das atitudes entre as pessoas idosas, mas não entre os participantes mais jovens (16).

8.3.2 Aprendizado em serviço na Região Administrativa Especial de Hong Kong, China

Esta intervenção para estudantes de enfermagem e medicina, na Região Administrativa Especial de Hong Kong, consistiu de três componentes: uma oficina introdutória de meio dia de duração, um período de interação de 10 semanas e uma sessão de participação intergeracional com meio dia de duração. Durante o período de interação, foram formados pares com estudantes e pessoas idosas, e eles identificaram objetivos de aprendizagem mútua (por exemplo, temas como as mudanças relacionadas com a idade, o desafio imposto pelas doenças crônicas na velhice ou sobre um estilo de vida saudável nas etapas posteriores da vida). Depois disso, os pares passaram a se reunir de uma a duas horas por semana, e discutir os temas escolhidos ante-

riormente. O objetivo era proporcionar aos estudantes mais jovens um aprendizado sobre a realidade do envelhecimento e mostrar de que forma as pessoas idosas se adequam.

A intervenção aumentou os conhecimentos gerais dos estudantes de medicina e enfermagem sobre o envelhecimento, bem como a compreensão deles sobre as necessidades de saúde mental na velhice, reduzindo suas atitudes negativas em direção às pessoas idosas (22).

8.3.3 Coabitação em Portugal

O programa de Aconchego, que começou em Portugal em 2004, promove contato intergeracional sustentado e direto. Neste programa, as pessoas idosas fornecem moradia a estudantes universitários e, em troca, os estudantes ajudam a aliviar a solidão e o isolamento das pessoas idosas.

Este programa combina cuidadosamente pessoas idosas que vivem por conta própria com estudantes que têm necessidade de acomodação, prestando muita atenção às expectativas mútuas, aos interesses e ao

histórico pessoal das partes. No início, a demanda do programa veio principalmente por parte dos estudantes que precisavam de um local para morar, mas com o tempo, na medida em que as pessoas idosas se familiarizaram melhor com o programa e passaram a confiar mais nele, a demanda iniciada pelas pessoas idosas aumentou. O programa teve início no Porto, uma cidade com grande população estudantil e de pessoas idosas; então o programa foi repetido em Lisboa e em Coimbra, duas cidades que também têm um elevado número de estudantes. Embora o programa Aconchego tenha sido cuidadosamente monitorado, seu impacto sobre o idadismo ainda não foi avaliado (23, 24).

Este modelo se espalhou por aproximadamente 16 países, incluindo para a Austrália, a Bélgica, o Canadá e a República da Coreia. Às vezes é conhecido como programa de compartilhamento do lar (25). Apesar de algumas avaliações qualitativas dos programas de compartilhamento do lar terem sido realizadas com relação a outros desfechos (26), nenhuma avaliação rigorosa foi feita em relação ao idadismo.

Quadro 8.2

Intervenções de contato intergeracional que reduzem o idadismo contra pessoas mais jovens

As evidências relativas à eficácia de usar as estratégias de contato intergeracional para reduzir o idadismo contra pessoas mais jovens são promissoras. Uma análise rápida preparada para este relatório identificou cinco estudos que avaliam a eficácia dessas estratégias e que usaram um delineamento (aleatório ou não) com um grupo de comparação (15-19). Todos esses estudos examinaram o idadismo contra pessoas tanto mais novas como mais velhas. Quatro desses estudos constataram que tais intervenções reduzem as atitudes idadistas contra pessoas mais jovens (15-17, 19), enquanto um concluiu que não houve diferença (18).

Exemplo: Programa Aliança Jovem-Idoso e Crescimento Intergeracional na Região Administrativa Especial de Hong Kong, China.

Um exemplo de uma dessas intervenções é o Programa Aliança Jovem-Idoso e Crescimento Intergeracional na Região Administrativa Especial de Hong Kong, China.

Esse programa visou combater estereótipos relacionados com a idade e facilitar a interações entre pessoas mais jovens e de mais idade na Região Administrativa Especial de Hong Kong, China (19). O programa incluiu seis sessões que reuniram 167 pessoas idosas, assistidas pelos serviços sociais comunitários, e 179 pessoas mais jovens de escolas secundárias. O programa foi executado por assistentes sociais que se especializaram em trabalhar com pessoas mais jovens e com pessoas idosas.

A primeira etapa - etapa de construção da base - consistiu de duas rodadas de treinamento dos assistentes sociais selecionados para executar a intervenção. A segunda etapa - etapa de estimulação - forneceu informações para que os participantes se conhecessem. Essa etapa consistiu de sessões com duas horas de duração, uma para pessoas idosas e uma para pessoas mais jovens. As pessoas idosas assistiram um vídeo sobre o desenvolvimento juvenil para melhor entender as necessidades dos jovens contemporâneos, e as pessoas mais jovens participaram de exercícios que simularam as deficiências que as pessoas idosas podem ter (por exemplo, visão embaçada). A terceira etapa - conhecida como etapa de consolidação - consistiu de duas sessões de um dia das quais os dois grupos participaram juntos.

A primeira envolveu o estabelecimento de metas de interesse comum (ou seja, a identificação de locais de visita turística apropriados para ambas as gerações), e a segunda, envolveu a execução dessas metas (ou seja, visitar os locais juntos). Essas etapas foram seguidas de duas sessões adicionais de duas horas cada, nas quais as pessoas idosas e as mais jovens participaram juntas, e que se centraram na preparação, no ensaio e na execução de apresentações em grupos sobre os locais visitados.

Uma das avaliações determinou que houve mudanças positivas nas atitudes intergeracionais, aumento no sentimento de conforto com os participantes de diferentes gerações e aumento nas interações por parte de ambos os grupos de participantes, mais jovens e idosos. Porém, as mudanças foram geralmente maiores para os participantes mais jovens que para os idosos (19).

8.3.4 Contato imaginado no Reino Unido

Uma intervenção breve com base em uma forma de contato intergeracional indireta e imaginada foi usada com a intenção de reduzir, entre os estudantes universitários no Reino Unido, tanto atitudes negativas explícitas como implícitas em relação às pessoas idosas.

Os estudantes foram instruídos a passar dois minutos se imaginando em um primeiro encontro com uma pessoa idosa e desconhecida. Também foi pedido que eles imaginassem ter descoberto algo interessante e inesperado sobre a pessoa.

Esta intervenção simples e de baixo custo levou a uma redução tanto das atitudes negativas explícitas em relação às pessoas idosas (por exemplo, os alunos se sentiram menos frios, menos suspeitosos e menos hostis em relação às pessoas idosas) como das tendências implícitas em favor dos jovens em detrimento dos idosos. No entanto, os autores observaram que contatos imaginários provavelmente têm efeitos menos potentes e duradouros que contatos intergeracionais diretos, face a face (27).

8.4 CARACTERÍSTICAS E CUSTOS PRINCIPAIS

Vários estudos fornecem alguma indicação sobre quais fatores contribuem para a eficácia do contato intergeracional, incluindo entre avós e netos e entre amigos de diferentes gerações.

- Segundo a teoria de contato intergrupar, uma das condições ideais para as atividades de contato entre gerações é garantir que os grupos gozem do mesmo status.

Uma característica comum dos programas que não apresentam bons resultados na redução do idadismo entre as pessoas mais jovens e idosas parece ser a condição de desigualdade entre os participantes mais jovens e idosos. Diferenças de status podem surgir quando as tarefas favorecem as habilidades de um grupo mais que as de outro ou quando há números desiguais nas diferentes faixas etárias, ou, ainda, quando há disparidade em termos de familiaridade com o ambiente. Por exemplo, é provável que uma intervenção realizada em uma escola, que pode ser desconhecida para as pessoas idosas e que inclua um número muito maior de jovens que de idosos, crie um status de desigualdade. Estar em uma condição de inferioridade em uma situação de contato pode exacerbar ansiedades pré-existentes sobre a participação em atividades. Se a situação entre os grupos for acentuadamente desigual, as atividades intergeracionais podem na realidade aumentar o preconceito (2, 4).

- A qualidade do contato entre os grupos nas atividades intergeracionais (por exemplo, o quão bem as pessoas mais jovens e as idosas se relacionam ou o quão emocionalmente íntimos eles se sentem) é um outro fator fundamental que pode ser mais importante do que a frequência do contato para reduzir estereótipos e o preconceito contra as pessoas idosas (1). O contato de melhor qualidade pode ser estimulado por meio da organização de tarefas que estimulem a confiança, evitando situações nas quais uma das partes infantilize a outra e

incentivando as pessoas a se abrirem e a compartilharem informações de cunho pessoal umas com as outras. Porém, estimular a autoexposição torna necessário que a elaboração seja criteriosa: as pesquisas indicam que quando as pessoas idosas contam histórias do passado a proximidade do contato aumenta, mas se as pessoas idosas revelam informações pessoais demais, a comunicação pode piorar e os resultados podem ser negativos (2, 28, 29). Portanto, é importante incluir quantidades balanceadas de intimidade por ambas as partes, e que as histórias do passado não sejam excessivamente pessoais (2).

- De acordo com o conceito de condições ideais na teoria de contato intergrupal, as atividades que aumentam a cooperação por meio do compartilhamento de objetivos e que reduzem a concorrência entre as faixas etárias parecem ser importantes. Atividades que estimulam a cooperação incluem a participação em, por exemplo, projetos artísticos e trabalhos manuais, corais e orquestras intergeracionais e culinária. É igualmente importante evitar atividades ou tarefas que confirmem os estereótipos negativos sobre um ou outro grupo, bem como a presença de espectadores que não estejam participando do programa e de situações nas quais indivíduos possam se esquivar do contato (2).
- Uma análise constatou que quanto mais bem estruturadas e cuidadosamente elaboradas as intervenções, mais eficazes essas serão (por exemplo, assegurar que os

instrutores estejam bem treinados, que os participantes recebam instruções claras e que sejam usados protocolos de intervenção) (20).

- Um estudo chama a atenção para a possível importância da forma como os participantes são agrupados, se são organizados em pares ou em grupos maiores de diferentes idades. O estudo sugeriu que as atividades realizadas em pares formados por uma criança e idosos (como conversar de maneira estruturada ou dançar) estimularam mais a interação que as atividades em grupos maiores (como cantar ou tocar um instrumento) (15).

Vários fatores, que poderiam ser modificados em uma intervenção, parecem reforçar o impacto positivo que o contato entre avós e netos e o contato entre amigos de diferentes gerações podem ter contra o idadismo. Esses fatores se sobrepõem, em parte, às características das intervenções de contato intergeracionais de sucesso discutidas acima.

- Uma análise sistemática constatou que tanto a qualidade como a frequência do contato com os avós têm efeito robusto e independente sobre a redução do idadismo (30). Porém, algumas pesquisas indicam que, para que o contato de boa qualidade afete positivamente as atitudes em relação aos avós, esse deve ser relativamente frequente (2, 31). O contato de alta qualidade parece ser caracterizado pelo aumento na troca de informações pessoais e quando ambas as partes se colocam na posição do outro para ganhar perspectiva; quando as pessoas mais jovens tratam os avós como indivíduos; quando as

pessoas mais jovens evitam usar uma fala excessivamente complacente (que às vezes é denominada de fala infantilizada), isso é, quando não usam da fala usada com bebês ao se dirigirem às pessoas idosas; e quando as pessoas mais jovens têm pouca ansiedade ao interagirem com os avós (2, 31). Apesar de poucas pesquisas terem examinado as características das amizades intergeracionais que levam à redução do idadismo, parece que a autoexposição, a tomada de perspectiva e a empatia por ambas as partes desempenham funções primordiais (2).

- O estímulo dos pais e o compartilhamento de uma identidade de família também influenciam o impacto que o contato entre netos e avós têm sobre o idadismo. Em geral, os netos que se identificam mais fortemente com sua família e cujos pais estimulam o relacionamento com os avós têm percepções mais favoráveis das pessoas idosas (29).
- Os resultados sobre o efeito que viver ou ter vivido com uma pessoa idosa tem sobre o idadismo são inconclusivos (32-35). Mais pesquisas são necessárias para esclarecer o papel exercido por fatores como o estado da saúde da pessoa idosa, o tipo de relação (por exemplo, avô ou avó, outros parentes, não ser parente), a qualidade do relacionamento e as normas culturais que governam a vida entre as gerações (29, 36, 37).

Poucas informações estão disponíveis sobre os custos das intervenções de contato intergeracionais. No entanto, várias análises

ênfaticam que os custos de tais intervenções são provavelmente baixos (principalmente os que têm por base o contato imaginado e prolongado indireto, no qual não há necessidade de participação das pessoas idosas), e tais intervenções são fáceis de implementar (1, 2, 7). Por exemplo, a intervenção em Cingapura na qual as pessoas idosas e mais jovens jogaram videogame juntas é provavelmente acessível e fácil de implementar (16). De qualquer modo, é necessário estimar com precisão os custos dessas intervenções.

8.5 CONCLUSÕES E PERSPECTIVAS FUTURAS

As pesquisas mostram que as intervenções que estimulam o contato entre gerações são as mais eficazes na redução do idadismo contra as pessoas idosas. Além disso, elas parecem ser acessíveis e relativamente fáceis de implementar.

Apesar das intervenções que combinam educação com contato intergeracional terem apresentado um efeito ligeiramente maior sobre as atitudes, inclusive sobre o preconceito e os estereótipos, do que as que envolvem apenas o contato intergeracional, elas não tiveram um efeito maior que as intervenções baseadas apenas na educação, e não tiveram efeito nenhum sobre o conhecimento. As intervenções exclusivamente educativas e intergeracionais tiveram, respectivamente, efeitos pequenos e moderados sobre o conhecimento.

As prioridades futuras relativas ao contato intergeracional devem incluir:

- o desenvolvimento, a realização de testes e o escalonamento apenas do contato intergeracional, bem como de intervenções que

combinem educação com contato intergeracional para reduzir o idadismo tanto contra pessoas idosas como contra mais novas em todos os países, especialmente nos de renda baixa e média;

- a identificação das características essenciais das intervenções de contato intergeracionais e a mistura correta de componentes intergeracionais e educacionais nas intervenções combinadas (ver [Quadro 8.2](#));
- o desenvolvimento de intervenções que procurem reduzir o idadismo autodirigido e o institucional;
- estimativas do custo de intervenções que sejam apenas de contato intergeracional e que combinem contato intergeracional e educação; e
- a realização de mais pesquisas para determinar as condições ideais sob as quais o contato entre avós e netos e as amizades intergeracionais levam à redução do idadismo. Isto deve ser acompanhado pelo desenvolvimento e teste de intervenções para fomentar esses relacionamentos e reduzir o idadismo.

REFERÊNCIAS

1. Christian J, Turner R, Holt N, Larkin M, Cotler JH. Does intergenerational contact reduce ageism: when and how contact interventions actually work? *J Arts Humanit.* 2014;3:1–15 (<https://www.theartsjournal.org/index.php/site/article/view/278/214>, consultado el 10 de abril del 2020).
2. Drury L, Abrams D, Swift HJ. Making intergenerational connections – an evidence review. Londres: Age UK; 2017 ([https://www.ageuk.org.uk/Documents/EN-GB/For-professionals/Research/Making_Intergenerational_Connections-Evidence_Review\(2017\).pdf?dtrk=true](https://www.ageuk.org.uk/Documents/EN-GB/For-professionals/Research/Making_Intergenerational_Connections-Evidence_Review(2017).pdf?dtrk=true), consultado el 14 de mayo del 2020).
3. Living arrangements of older persons around the world. Nueva York: Naciones Unidas Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población; 2019 (No. 2019/2; https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/popfacts/PopFacts_2019-2.pdf, consultado el 16 de mayo del 2020).
4. Pettigrew TF, Tropp LR. A meta-analytic test of intergroup contact theory. *J Personal Soc Psychol.* 2006;90:751–83. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.90.5.751>.
5. Pettigrew TF, Tropp LR. How does intergroup contact reduce prejudice? Meta-analytic tests of three mediators. *Eur J Soc Psychol.* 2008;38:922–34. <https://doi.org/10.1002/ejsp.504>.
6. Paluck EL, Green DP. Prejudice reduction: what works? A review and assessment of research and practice. *Annu Rev Psychol.* 2009;60:339–67. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.60.110707.163607>.
7. Burnes D, Sheppard C, Henderson CR Jr., Wassel M, Cope R, Barber C, et al. Interventions to reduce ageism against older adults: a systematic review and meta-analysis. *Am J Public Health.* 2019;109:e1–9. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2019.305123>.
8. Chu J, Leino A. Advancement in the maturing science of cultural adaptations of evidence-based interventions. *J Consult Clin Psychol.* 2017;85:45–57. <https://doi.org/10.1037/ccp0000145>.
9. Gardner F. Parenting interventions: how well do they transport from one country to another? Florencia (Italia): UNICEF; 2017 (Innocenti Research Brief 2017-10; https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/IRB_2017_10.pdf, consultado el 24 de abril del 2020).
10. Gardner F, Montgomery P, Knerr W. Transporting evidence-based parenting programs for child problem behavior (age 3–10) between countries: systematic review and meta-analysis. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2016;45:749–62. <https://doi.org/10.1080/15374416.2015.1015134>.
11. Leijten P, Melendez-Torres GJ, Knerr W, Gardner F. Transported versus homegrown parenting interventions for reducing disruptive child behavior: a multilevel meta-regression study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2016;55:610–7. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2016.05.003>.
12. Lipsey MW, Wilson DB. *Practical meta-analysis.* Thousand Oaks (CA): Sage; 2001.
13. Rosenthal JA. Qualitative descriptors of strength of association and effect size. *J Soc Serv Res.* 1996;21:37–59. https://doi.org/10.1300/J079v21n04_02.
14. Lytle A, Levy SR. Reducing ageism: education about aging and extended contact with older adults. *Gerontologist.* 2019;59:580–8. <https://doi.org/10.1093/geront/gnx177>.
15. Belgrave M. The effect of a music therapy intergenerational program on children and older adults' intergenerational interactions, cross-age attitudes, and older adults' psychosocial well-being. *J Music Ther.* 2011;48:486–508. <https://doi.org/10.1093/jmt/48.4.486>.
16. Chua P-H, Jung Y, Lwin MO, Theng Y-L. Let's play together: effects of video-game play on intergenerational perceptions among youth and elderly participants. *Comput Hum Behav.* 2013;29:2303–11. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2013.04.037>.
17. Meshel DS, McGlynn RP. Intergenerational contact, attitudes, and stereotypes of adolescents and older people. *Educ Gerontol.* 2004;30:457–79. <https://doi.org/10.1080/03601270490445078>.

18. Pinqart M, Wenzel S, Sö Rensen S. Changes in attitudes among children and elderly adults in intergenerational group work. *Educ Gerontol.* 2000;26:523–40. <https://doi.org/10.1080/03601270050133883>.
19. Sun Q, Lou VW, Dai A, To C, Wong SY. The effectiveness of the Young–Old Link and Growth Intergenerational Program in reducing age stereotypes. *Res Soc Work Pract.* 2019;29:519–28. <https://doi.org/10.1177/1049731518767319>.
20. Canedo-Garcia A, Garcia-Sanchez JN, Pacheco-Sanz DI. A systematic review of the effectiveness of intergenerational programs. *Front Psychol.* 2017;8:1882. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01882>.
21. Maley M, Yau H, Wassel M, Eckenrode J, Pillemer K. Intergenerational programs: evidence and outcomes. Ithaca (NY): Cornell University, Bonfenbrenner Center for Translational Research; 2017 (<https://www.bctr.cornell.edu/wp-content/uploads/2017/06/Systemic-Translational-Review-intergenerational-programs.pdf>, consultado el 16 de mayo del 2020).
22. Leung AY, Chan SS, Kwan CW, Cheung MK, Leung SS, Fong DY. Service learning in medical and nursing training: a randomized controlled trial. *Adv Health Sci Educ.* 2012;17:529–45. <https://doi.org/10.1007/s10459-011-9329-9>.
23. Jarrett D. Aconchego program. En: Social Innovation Exchange [página web]. Londres: Social Innovation Exchange; 2010 (<https://socialinnovationexchange.org/insights/aconchego-program>, consultado el 15 de febrero del 2020).
24. Programa Aconchego. En: Porto [página web]. Oporto (Portugal): Cámara Municipal de Oporto; 2020 (<http://www.cm-porto.pt/bonjoia-projetos/populacao-senior-programa-aconchego>, consultado el 19 de febrero del 2020) (en portugués).
25. Congreso 2019– Bruselas, Bélgica: Sixth World Homeshare Congress. En: Homeshare International [página web]. Oxford: Homeshare International; 2020 (<https://homeshare.org/world-homeshare-congresses/2019-congress-brussels-belgium/>, consultado el 19 de febrero del 2020).
26. Quinio V, Burgess G. Is co-living a housing solution for vulnerable older people? Cambridge: University of Cambridge, Cambridge Centre for Housing & Planning Research; 2018 (http://www.nationwidefoundation.org.uk/wp-content/uploads/2019/02/Literature-Review-_web-version-300119.pdf, consultado el 20 de mayo del 2020).
27. Turner RN, Crisp RJ. Imagining intergroup contact reduces implicit prejudice. *Br J Soc Psychol.* 2010;49:129–42. <https://doi.org/10.1348/014466609X419901>.
28. Harwood J, Soliz J, Lin MC. Communication accommodation theory: an intergroup approach to family relationships. En: Braithwaite DO, Baxter L, directores. *Engaging theories in interpersonal communication: multiple perspectives.* Thousand Oaks (CA): Sage; 2006.
29. Soliz J, Harwood J. Shared family identity, age salience, and intergroup contact: investigation of the grandparent–grandchild relationship. *Commun Monogr.* 2006;73:108–32. <https://doi.org/10.1080/03637750500534388>.
30. Marques S, Mariano J, Mendonca J, De Tavernier W, Hess M, Naegele L, et al. Determinants of ageism against older adults: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17:2560. <https://doi.org/10.3390/ijerph17072560>.
31. Harwood J, Roy A. Social identity theory and mass communication research. En: Harwood J, Giles H, directores. *Intergroup communication: multiple perspectives.* Berna: Peter Lang; 2005:189–211.
32. Allan LJ, Johnson JA. Undergraduate attitudes toward the elderly: the role of knowledge, contact and aging anxiety. *Educ Gerontol.* 2008;35:1–14. <https://doi.org/10.1080/03601270802299780>.
33. Drake JT. Some factors influencing students' attitudes toward older people. *Soc Forces.* 1957:266– 71. <https://doi.org/10.2307/2573511>.
34. Hweidi IM, Al-Obeisat SM. Jordanian nursing students' attitudes toward the elderly. *Nurse Educ Today.* 2006;26:23–30. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2005.06.003>.
35. Yılmaz F, Çolak MY. The effects of intergenerational relations and ageing anxiety on attitudes toward ageism. *Acad Res Int.* 2017;8:45–54.
36. Celdrán M, Villar F, Triadó C. Thinking about my grandparent: how dementia influences adolescent grandchildren's perceptions of their grandparents. *J Aging Stud.* 2014;29:1–8. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2013.12.004>.
37. Flamion A, Missotten P, Marquet M, Adam S. Impact of contact with grandparents on children's and adolescents' views on the elderly. *Child Dev.* 2019;90:1155–69. <https://doi.org/10.1111/cdev.12992>.

09

ESTRATÉGIAS PROMISSORAS

BUAKHIAW, 84,
TAILÂNDIA

“ Não podemos controlar os pensamentos das outras pessoas. O que podemos fazer é controlar nossos próprios pensamentos e moldar nossos comportamentos. ”

Buakhiaw, 84, Tailândia
© Paiboon Yeelar / FOPDEV /
HelpAge International

Capítulo

09

Este capítulo discute duas estratégias com evidências limitadas, mas promissoras, para abordar o idadismo. A Seção 9.1 faz um levantamento das evidências para as campanhas de redução do idadismo, que são uma estratégia usada com frequência, mas para a qual não há evidências diretas de eficácia. O fato de campanhas em outras áreas fornecerem algumas evidências de eficácia proporciona uma base para que se acredite que podem funcionar também para reduzir o idadismo. A Seção 9.2 resume as evidências para estratégias que visam mitigar o impacto do idadismo contra pessoas idosas após sua ocorrência; porém, algumas dessas são apenas possibilidades de estratégias.

Com base em algumas evidências sobre a eficácia em outras áreas, as campanhas podem vir a ser uma estratégia promissora de redução do idadismo.

As pesquisas sobre estratégias para mitigar o impacto do idadismo após sua ocorrência são ainda incipientes. Todavia, algumas abordagens podem oferecer alguma esperança de virem a diminuir os impactos dos estereótipos negativos.

Tanto as campanhas como as estratégias para mitigar o impacto do idadismo devem ser elaboradas e testadas mais detalhadamente e com o maior rigor possível antes de serem expandidas.

Outras estratégias para mitigar os impactos de todas as dimensões do idadismo - que são os estereótipos, o preconceito e a discriminação - devem ser elaboradas e testadas.

9.1 CAMPANHAS

9.1.1 O que são e como funcionam

As campanhas são tentativas intencionais de informar ou influenciar o comportamento de um grande número de pessoas por um período específico usando um conjunto organizado de atividades de comunicação e utilizando diversas mensagens mediadas, apresentadas por canais múltiplos, para trazer benefícios não comerciais aos indivíduos e à sociedade (1, 2).

As campanhas usam meios de comunicação tradicionais (como, por exemplo, televisão/ publicidade em cinemas, rádios, outdoors, imprensa escrita, divulgação em ônibus, táxis etc.) e/ou as novas mídias (por exemplo, as mídias sociais, determinados sites, anúncios pagos nas páginas de resultados de buscas em navegadores, banners e sinalização digital, Facebook, Twitter, anúncios no YouTube, etc.) (3).

Normalmente, as campanhas buscam reduzir o idadismo de maneira direta, por meio da mudança de comportamento individual, ou indireta, por meio da mudança de leis e políticas e ao alterar as normas sociais. Muitas vezes, ambas ocorrem. Quando operam indire-

tamente, as campanhas buscam influenciar os formuladores de políticas, a sociedade civil, os líderes políticos e os formadores de opinião, a mídia e o público em geral com o objetivo de aumentar a visibilidade de uma determinada questão, alterar percepções de quem é responsável por causar a questão e mobilizar grupos de pessoas – tudo para criar um ambiente condizente com mudanças do comportamento individual (1, 4, 5). Nos últimos anos, as campanhas têm sido usadas cada vez mais para abordar o idadismo, como ilustram os exemplos da Seção 9.1.3.

9.1.2 O quão bem funciona

Nenhum estudo de alta qualidade demonstra que as campanhas são eficazes para reduzir o idadismo (6). Testar a eficácia de campanhas é inerentemente difícil, o que pode explicar o porquê de tão poucas campanhas contra o idadismo terem sido avaliadas (ver **Quadro 9.1**) (7-9). Mesmo assim, há campanhas que abordam outras questões de saúde e outras formas de estereótipos, preconceitos e discriminação e que proporcionam algumas evidências.

Uma das análises mais completas encontradas na literatura sobre a eficácia das campanhas de saúde inclui uma análise sistemática de outras 36 revisões sistemáticas e outras três revisões sistemáticas novas de estudos primários (3). Essa revisão resumiu as evidências produzidas para campanhas que se valeram dos meios de comunicação em massa e que eram voltadas para seis fatores de risco relacionados com doenças não transmissíveis: o uso de bebidas alcoólicas, a alimentação, o uso de drogas ilícitas, o nível de atividade física, a saúde sexual e reprodutiva e o tabagismo (3).

A análise encontrou evidências moderadas de que as campanhas feitas através dos meios de comunicação em massa podem reduzir comportamentos sedentários e influenciar comportamentos relacionados com a saúde sexual e de busca por tratamentos (como, por exemplo, por meio do uso de ligações telefônicas buscando ajuda para deixar de fumar e serviços de saúde sexual). As evidências de impacto no tabagismo e no nível de atividade física não foram claras. As evidências sobre o impacto no consumo

Quadro 9.1

Oportunidades de pesquisa sobre campanhas para reduzir o idadismo

É muito mais complexo avaliar campanhas do que outros tipos de intervenções (7-9). É difícil usar ensaios controlados randomizados para avaliar a maioria das campanhas (9). Os ensaios randomizados em grupos são delineamentos rigorosos usados apenas ocasionalmente, mas a avaliação desses também é complicada (9, 12, 13).

Na maioria dos casos, as campanhas são avaliadas usando delineamentos mais fracos, que produzem resultados de menor confiança (7-9, 13). De fato, quando se usam delineamentos mais fracos, muitas vezes a campanha - enganosamente - parece funcionar duas vezes melhor do que quando é usado um delineamento mais rigoroso (14).

Quadro 9.2

A prioridade é que as campanhas voltadas à redução do idadismo sejam o mais rigorosas possível, e há orientação disponível (7, 9, 15, 16); uma vez que seja demonstrada eficácia, o próximo passo é identificar as características essenciais da campanha.

de bebidas alcoólicas foram limitadas e não houve nenhum impacto sobre o uso de drogas ilícitas. As campanhas parecem ter menor impacto sobre as mudanças de comportamento do que sobre os conhecimentos e a conscientização.

De modo geral as evidências indicam que as campanhas de saúde têm um efeito benéfico pequeno, mesmo que os resultados sejam um tanto contraditórios (3, 10, 11).

A revisão de uma análise sistemática que avaliou campanhas nos meios de comunicação em massa para reduzir o preconceito e a discriminação contra pessoas com transtornos mentais verificou que as campanhas tiveram impacto positivo de pequeno a moderado sobre os conhecimentos a respeito do estigma, das atitudes e dos comportamentos visados (ou seja, sobre a disposição de estabelecer contato com pessoas com transtornos de saúde mental) (17).

Uma análise anterior revelou que as intervenções nos meios de comunicação em massa tiveram efeito pequeno a moderado sobre a redução das atitudes negativas para com pessoas com transtornos de saúde mental, mas tiveram efeitos diversos sobre a discriminação (18).

As evidências de alta qualidade sobre as campanhas que funcionam para reduzir os estereótipos, os preconceitos e a discriminação por raça ou origem étnica são escassas e mostram efeitos contraditórios (19-21).

Portanto, as campanhas podem representar uma estratégia promissora para combater o idadismo. Mesmo que as campanhas tenham um efeito apenas pequeno, se tivessem alcance e penetração suficientes no nível de população, poderiam, ainda assim, produzir efeitos significativos (18).

9.1.3 Exemplos

Esta seção destaca algumas campanhas internacionais e locais, inclusive uma que foi realizada por uma coalizão de grupos e uma por uma rede global. O primeiro exemplo descreve uma campanha mundial que ocorreu em diversos países de renda baixa e média.

O segundo foi uma campanha nacional contínua, com base em pesquisas realizadas na Austrália, enquanto o terceiro exemplo envolve uma campanha inovadora em uma cidade no Canadá. Apesar de os exemplos anteriores se centrarem em campanhas para reduzir o idadismo contra pessoas de mais idade, o **Quadro 9.2** fornece um exemplo de uma campanha para reduzir idadismo contra as pessoas mais jovens.

Enfrente o Idadismo: Uma Campanha Internacional

"Enfrente o Idadismo" (em inglês, Take a Stand Against Ageism) é uma campanha em andamento em diferentes regiões do mundo, liderada pela HelpAge International, uma rede mundial de organizações que trabalham

Not Too Young to Run: uma campanha para reduzir o idadismo contra pessoas mais jovens na política

Em novembro de 2016, a campanha mundial Not Too Young to Run ("Não Tão Jovem que Não Possa Disputar", em tradução livre) foi lançada por uma parceria que inclui as Nações Unidas e várias outras organizações internacionais e não governamentais (25). O objetivo é abordar o idadismo contra os jovens no processo político ao promover o direito que os jovens têm de disputar cargos públicos. Em um mundo que passa por mudanças rápidas e onde mais de 50% da população tem menos de 30 anos de idade, mas menos de 2% dos legisladores estão na mesma faixa etária, a campanha destaca o fato de que a participação ativa de jovens nas disputas eleitorais é essencial para assegurar democracias prósperas e representativas no mundo todo (26).

A campanha procura (i) aumentar conscientização sobre a falta de jovens nos cargos eleitos ao compilar estatísticas mundiais e identificar as barreiras à participação; (ii) defender os direitos de os jovens disputarem cargos públicos e postos de liderança e aumentar a participação dos jovens na política e no governo; e (iii) coletar aportes e ideias de jovens de todo o mundo com respeito à participação deles nos processos de tomada de decisões políticas por meio de uma consulta pública on-line. A campanha também destaca os líderes jovens já nos cargos eleitos e busca inspirar os jovens a se candidatarem a cargos públicos.

A campanha aumenta o movimento que leva o mesmo nome iniciado por grupos da sociedade civil na Nigéria em maio de 2016. Esse movimento contribuiu para que, em 2018, o Governo nigeriano sancionasse uma lei que reduziu o limite de idade para a participação, que baixou de 30 para 25 anos para deputados estaduais e federais, de 35 para 30 anos para senadores e governadores, e de 40 para 35 anos para presidente (25, 26).

com pessoas idosas e para o bem delas. O título da campanha se deu em função do tema do Dia Internacional da Pessoa Idosa em 2016 (6).

Os objetivos da campanha são aumentar a conscientização sobre o idadismo entre os membros, ativistas e defensores da rede HelpAge para aumentar a visibilidade do idadismo vivenciado e enfrentado pelas pessoas de mais idade com o objetivo de assegurar que essas não mais tenham seus direitos

negados simplesmente pela idade que têm.

A HelpAge International disponibiliza recursos para campanhas que incluem guias para a realização de oficinas de conscientização e encenações envolvendo o idadismo (22).

Essa campanha inclui diversas campanhas em curso, e as atividades variam de um país para outro. Por exemplo, em Bangladesh mais de 2 mil pessoas idosas e mais jovens, trabalhadores da área de desenvolvimento,

estudantes e jornalistas formaram uma cadeia humana para exigir medidas do governo no sentido de apoiar uma Convenção das Nações Unidas sobre os direitos das pessoas idosas. As atividades organizadas em Moçambique incluíram uma passeata em Maputo, dois debates em rádios com representantes do governo e associações de pessoas idosas, além de uma feira de saúde.

Campanha EveryAGE Counts na Austrália

EveryAGE Counts ("Toda Idade Importa") é uma campanha de incidência política lançada em 2018, atualmente em andamento, administrada por uma coalizão de organizações que combate o idadismo contra os australianos de mais idade. A sua visão é "uma sociedade onde todas as pessoas são valorizadas, conectadas e respeitadas independentemente da idade e da saúde funcional" (23).

O objetivo geral é construir bases sólidas e novas para permitir às gerações atuais e futuras envelhecer melhor. A campanha procura alterar as normas sociais negativas e enraizadas sobre o envelhecimento e as pessoas idosas e reformular a velhice como sendo uma parte válida, positiva e significativa da vida.

A EveryAGE Counts procura produzir mudanças sociais ao envolver promoção de causa, participação política e campanha pública para promover reformas políticas, abordar barreiras estruturais específicas à participação de pessoas mais jovens (por exemplo, no local de trabalho e na assistência de saúde) e aumentar a diversidade e a acurácia da representatividade das pessoas idosas na mídia, nas artes e nas discussões públicas.

As atividades da campanha incluíram eventos para a assinaturas de promessas de intenção na sede do Parlamento, durante os

quais os participantes reconhecem "defender um mundo sem idadismo" (23); realizam ou participam de eventos comunitários para aumentar a conscientização sobre a campanha e aumentar o número de filiados; e desenvolver e disseminar materiais, como um questionário (Am I Ageist?) e uma revista (The real old), que incentivam as pessoas a pensarem sobre o idadismo e a se manifestarem ser contra ele (23).

As pesquisas têm desempenhado um papel importante na elaboração da campanha. Por exemplo, um projeto de pesquisa que examina os impulsionadores do idadismo proporcionou o alicerce de evidências que informou a estratégia da campanha (23).

A campanha Best Before Date no Canadá

A Best Before Date ("Data de Validade"), realizada no período de 2013-2014 em Peterborough, Canadá, foi uma campanha de marketing aplicada a toda a cidade e que orientou os moradores no sentido de combater o idadismo. Lançada como parte do "pacote" do Mês da Pessoa Idosa, a campanha mostrou de forma sarcástica pessoas de todas as idades com uma tatuagem na testa indicando a "data de validade" para destacar o estigma relacionado com o envelhecimento.

A campanha incluiu anúncios de televisão, vídeos no YouTube, anúncios impressos e nas rádios, e um site interativo onde os usuários podiam participar de um questionário para determinar a própria "data de validade" e carregar uma fotografia de si próprio para que a data fosse "tatuada" na testa. A campanha visava reduzir o idadismo ao mudar as percepções no município de Peterborough de que as pessoas idosas sugam os recursos, são um incômodo, fora-de-moda, fora de sintonia com as novas formas de vida, com a tecnologia e que atrapalham a rotina

das pessoas, que é atarefada. Além disso, visou enfatizar os conhecimentos valiosos e a experiência que as pessoas idosas podem oferecer à sociedade. Porém, não há resultados disponíveis sobre o impacto dessa campanha (6, 24).

9.1.4 Principais características

Com base nas pesquisas que avaliaram campanhas que abordam outras áreas e nas limitadas evidências sobre as campanhas que combatem a discriminação com base na idade (6), pode-se dizer que as características abaixo são eficazes nas campanhas contra o idadismo.

- **Dose:** Em geral, quanto maior a duração e a intensidade ou exposição à campanha, mais eficaz essa será. Porém, falta consenso sobre a dose exata necessária para que a campanha seja um sucesso (3). Os Centros para Controle e Prevenção de Doenças dos EUA têm sugerido que os anúncios relacionados com as campanhas de prevenção do tabagismo devem ser veiculados por pelo menos seis meses para haver conscientização, 12 a 18 meses para que os temas da campanha fiquem estabelecidos e tenham impacto sobre as atitudes e de 18 a 24 meses para alterar o comportamento das pessoas (27).
- **Enquadramento:** O enquadramento pode influenciar nossas percepções, atitudes, ações e a forma como o envelhecimento e outras questões são percebidas, bem como a reação que suscitam (28-30). O enquadramento se refere à maneira como uma questão é comunicada, onde a comunicação se inicia, o que é enfatizado, como é explicada e o que fica sem ser dito.
- **Tipos de mensagens e desnormalização de comportamentos:** Nas campanhas anti-idadismo, é preferível apresentar mensagens simples sobre ações viáveis e imagens que evitem reforçar os dois extremos do envelhecimento - os heróis do envelhecimento e a diminuição da capacidade física (6). Em geral, as mensagens de campanha que desnormalizam um comportamento (ou seja, que aumentam a inaceitabilidade social, e, portanto, reforçam a percepção de não ser nem o comportamento da maioria das pessoas nem uma atividade normal na sociedade) podem ser mais eficazes do que outros tipos de mensagens (3).
- **Canais de mídias interativas e sociais:** As campanhas de saúde, especialmente as de saúde sexual, que têm componentes interativos (por exemplo, e-mails personalizados) e que usam as mídias sociais parecem ser mais eficazes que as que usam componentes estáticos (por exemplo, fazer alguém assistir um vídeo on-line) (3, 31, 32).
- **Participação comunitária:** Durante a elaboração de campanhas, o envolvimento dos representantes comunitários - inclusive de jovens e idosos - pode ser importante. Uma maneira de fazê-lo é envolvendo os representantes da comunidade na elaboração da campanha e usando a pesquisa de ação participativa. Os representantes comunitários podem contribuir ao identificar experiências com o idadismo e ajudar na elaboração de ferramentas de comunicação (6).
- **Custeio e parcerias:** É provável que

assegurar a existência de custeio sustentável, de longo prazo e flexível beneficie as campanhas. Isto muitas vezes significa que é necessário obter fundos de diversas fontes (por exemplo, ministérios do governo, agências de fomento). Também parece útil estar associado com um programa maior (por exemplo, Programa de Cidades e Comunidades Amigáveis à Pessoa Idosa, da OMS) e trabalhar em parceria (por exemplo, com profissionais da saúde ou estúdios dos meios de comunicação) (6).

- Combinação de campanhas: Os efeitos podem ser melhorados quando as campanhas contra o idadismo são combinadas com outras estratégias. Há algumas poucas evidências que sugerem que, quando as campanhas dos meios de comunicação em massa são usadas como ferramentas de conscientização, o cumprimento das leis e das regulamentações pode aumentar (por exemplo, em relação ao uso do cinto de segurança, regulamentações referentes ao consumo de bebidas alcoólicas) (11, 33). Porém, apesar de a combinação de estratégias para formar intervenções com diversos componentes e de vários níveis poder às vezes melhorar os resultados (por exemplo, abandono do hábito de fumar), isso nem sempre ocorre (por exemplo, no caso das campanhas para aumentar a atividade física, reduzir obesidade na infância e diminuir os riscos de câncer) (34-37).
- O papel da cultura: A adequação cultural contribui para a eficácia das campanhas de saúde, especialmente

nas campanhas internacionais e nas implementadas em sociedades multiculturais. Orientações para assegurar a adequação cultural estão disponíveis (29, 38-41). A cultura também pode ser um ponto de acesso a ser incluído no diálogo coletivo centrado sobre o idadismo junto às comunidades locais, aos líderes de opinião, aos líderes religiosos, aos anciões tradicionais e a outros agentes de mudanças. Tais diálogos podem se tornar os pontos de partida para a preparação de campanhas culturalmente informadas, formuladas junto aos representantes locais, bem como para a elaboração de outras atividades de comunicação (por exemplo, usando as mídias digital, vídeo e narração) (42).

9.2 POSSÍVEIS ESTRATÉGIAS DE MITIGAÇÃO DO IMPACTO DO IDADISMO

Pouquíssimos estudos avaliaram as estratégias ou possíveis estratégias de mitigação do impacto do idadismo após sua ocorrência.

Um estudo usando os dados de uma pesquisa nacional no Japão constatou que estar sujeito à discriminação com base na idade percebida afetava negativamente a satisfação de homens idosos com o trabalho. Porém, níveis elevados do apoio social advindos de gerentes e colaboradores reduziram o impacto da percepção de discriminação (43).

Nos EUA, uma intervenção com participantes idosos de origem chinesa os protegeu dos efeitos da ameaça apresentada pelo

estereótipo. A intervenção lembrou aos participantes de seus valores segundo Confúcio. O exercício consistia da leitura, pelos participantes, de um texto que, primeiro, afirmava que eles deviam ter orgulho de suas tradições ancestrais que honram o papel das pessoas idosas e, segundo, reafirmou a eles que esses valores foram exitosamente transmitidos às gerações mais jovens. A ameaça estereotípica consistia de lhes ter sido dito que eles fariam um teste de memória para ver de que forma o envelhecimento afeta a memória, e que os resultados seriam comparados com os de pessoas mais jovens. A rigor, a intervenção não abrandou os efeitos do idadismo (ou seja, da ameaça do estereótipo) após esse ter ocorrido, mas sim inoculou os participantes contra os efeitos do idadismo antes que esse ocorresse. Todavia, é possível formular a hipótese de que talvez também funcione para mitigar os efeitos do idadismo após sua ocorrência (44).

Vários outros estudos revelaram em experiências de laboratório que expor os participantes a estereótipos implícitos e positivos em relação à idade melhora o resultado da avaliação física (45, 46), do desempenho da memória (47, 48) e do perfil cardiovascular (49).

O uso de estereótipos implícitos ou subjacentes se refere a ser exposto a informações de maneira a permitir que a pessoa perceba sem estar plenamente consciente - por exemplo, por meio de palavras projetadas em alta velocidade sobre uma tela.

Embora isso ainda não tenha ficado demonstrado, é possível que tal exposição a estereótipos implícitos e positivos em relação à idade não tenha apenas os efeitos benéficos mencionados acima, mas possa também mitigar os efeitos da exposição a estereótipos idadistas negativos e, talvez,

a outras formas de idadismo. Se for esse o caso, é possível que tais experimentos laboratoriais possam ser convertidos em intervenções para mitigar os efeitos do idadismo após sua ocorrência.

9.3 CONCLUSÕES E PERSPECTIVAS FUTURAS

Campanhas para reduzir o idadismo e estratégias para mitigar seu impacto são estratégias potencialmente importantes para abordar o idadismo, mas são poucas as pesquisas sobre o tema. Sofisticá-las e gerar mais evidências de sua eficácia devem ser prioridades.

9.3.1 Campanhas

Nenhuma campanha para reduzir o idadismo teve sua eficácia avaliada. Mas com base nas evidências relacionadas com a eficiência das campanhas em outras áreas da saúde - como no caso da saúde sexual - e para reduzir os estereótipos, os preconceitos e a discriminação relacionada com o estado de saúde mental, as campanhas representam uma estratégia promissora no combate ao idadismo.

As futuras prioridades relativas a essas campanhas constam abaixo.

- Elaborar e testar campanhas que abordem diferentes formas de idadismo (ou seja, o institucional, o interpessoal e o autodirigido) usando os delineamentos mais rigorosos possíveis (ver [Quadro 9.1](#)).
- Elaborar, implementar e avaliar campanhas nos países de baixa e média renda. Apenas uma das campanhas incluídas em uma

análise recentes de campanhas anti-idadistas - a campanha mundial organizada pela HelpAge International (6) (ver a Seção 9.3.1) - foi realizada em países de baixa e média renda.

- Calcular o custo e a relação custo-benefício das campanhas anti-idadistas. Campanhas podem ser caras. Portanto, é fundamental garantir que tenham uma boa relação custo-benefício. As evidências dessa relação em campanhas em todas as áreas da saúde são extremamente limitadas, exceto no caso do tabagismo, cuja relação custo-benefício é moderada (3).

9.3.2 Estratégias para mitigar o impacto do idadismo

As pesquisas sobre estratégias para mitigar o impacto do idadismo são ainda incipientes. Há ainda muitos poucos estudos disponíveis.

Alguns são experimentos laboratoriais, não propriamente intervenções amplamente desenvolvidas. Todavia, essas estratégias podem oferecer alguma esperança de redução dos impactos dos estereótipos negativos.

Dado o grau de penetração do idadismo e o fato de suas consequências serem graves e de longo alcance - descritas nos Capítulos 2 e 3, respectivamente - as futuras prioridades em relação à mitigação de seu impacto devem incluir:

- determinar se a exposição a estereótipos implícitos positivos poderia ajudar a mitigar os efeitos dos estereótipos negativos e de outras formas de idadismo, e, se for o caso, determinar de que forma

converter os resultados laboratoriais em intervenções ampliáveis;

- elaborar, testar e ampliar as estratégias para mitigar o impacto de todas as dimensões do idadismo - ou seja, os estereótipos, os preconceitos e a discriminação.

REFERÊNCIAS

1. Rice RE, Atkin CK. Theory and principles of public communication campaigns. En: Public communication campaigns. Thousand Oaks (CA): Sage; 2012:3–19.
2. Rogers EM, Storey JD. Communication campaigns. En: Berger C, Chaffee S, directores. Handbook of communication science. Thousand Oaks (CA): Sage; 1987:817–46.
3. Stead M, Angus K, Langley T, Katikireddi SV, Hinds K, Hilton S, et al. Mass media to communicate public health messages in six health topic areas: a systematic review and other reviews of the evidence. Public Health Res. 2019;7(8):1–205. <https://doi.org/10.3310/phr07080>.
4. Cislighi B, Heise L. Theory and practice of social norms interventions: eight common pitfalls. Global Health. 2018;14:83. <https://doi.org/10.1186/s12992-018-0398-x>.
5. Coffman J. Public communication campaign evaluation: an environmental scan of challenges, criticisms, practice, and opportunities. Washington (DC): Communications Consortium Media Center; 2002 (<https://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.575.7053&rep=rep1&type=pdf>, consultado el 22 de marzo del 2020).
6. Campaigning to tackle ageism: current practices and suggestions for moving forward. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (<https://www.who.int/publications/m/item/campaigning-to-tackle-ageism>, consultado el 25 de septiembre del 2020).
7. Noar SM. Challenges in evaluating health communication campaigns: defining the issues. Commun Methods Meas. 2009;3:1–11. <https://doi.org/10.1080/19312450902809367>.
8. Noar SM, Palmgreen P, Zimmerman RS. Reflections on evaluating health communication campaigns. Commun Methods Meas. 2009;3:105–14. <https://doi.org/10.1080/19312450902809730>.
9. Sixsmith J, Fox K, Doyle P, Barry MM. A literature review on health communication campaign evaluation with regard to the prevention and control of communicable diseases in Europe. Estocolmo: Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades; 2014 (<https://op.europa.eu/s/ompT>, consultado el 24 de marzo del 2020).
10. Anker AE, Feeley TH, McCracken B, Lagoe CA. Measuring the effectiveness of mass-mediated health campaigns through meta-analysis. J Health Commun. 2016;21:439–56. <https://doi.org/10.1080/10810730.2015.1095820>.
11. Snyder LB, Hamilton MA, Mitchell EW, Kiwanuka-Tondo J, Fleming-Milici F, Proctor D. A meta-analysis of the effect of mediated health communication campaigns on behavior change in the United States. J Health Commun. 2004;9(Supl. 1):71–96. <https://doi.org/10.1080/10810730490271548>.
12. Prinz RJ, Sanders MR, Shapiro CJ, Whitaker DJ, Lutzker JR. Population-based prevention of child maltreatment: the U.S. Triple P System Population Trial. Prev Sci. 2009;10:1–12. <https://doi.org/10.1007/s1121-009-0123-3>.
13. Ryan R, Hill S, Broclain D, Horey D, Oliver S, Prictor M. Supplementary guidance for authors undertaking reviews with the Cochrane Consumers and Communication Review Group. En: Cochrane Collaboration; 2013 (https://cccr.org/sites/cccr.org/files/public/uploads/Study_design_guide2013.pdf, consultado el 15 de marzo del 2020).
14. Snyder LB, Hamilton MA, Huedo-Medina T. Does evaluation design impact communication campaign effect size? A meta-analysis. Commun Methods Meas. 2009;3:84–104. <https://doi.org/10.1080/19312450902809722>.

15. Bauman A. Precepts and principles of mass media campaign evaluation in Australia. *Health Promot J Aust.* 2000;10:89–92.
16. O'Kane N, Gough A, Hunter R, McKinley M. Social media and public health mass communication interventions: a systematic review of evaluation methods. York: Instituto Nacional de Investigación en Salud; 2016 (https://www.crd.york.ac.uk/prospero/display_record.php?RecordID=49280, consultado el 10 de junio del 2020).
17. Gronholm PC, Henderson C, Deb T, Thornicroft G. Interventions to reduce discrimination and stigma: the state of the art. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2017;52:249–58. <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1341-9>.
18. Clement S, Lassman F, Barley E, Evans-Lacko S, Williams P, Yamaguchi S, et al. Mass media interventions for reducing mental health-related stigma. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(7):CD009453. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009453.pub2>.
19. McBride M. What works to reduce prejudice and discrimination? A review of the evidence. Edinburgo: Gobierno de Escocia; 2015 (<https://www.gov.scot/publications/works-reduce-prejudice-discrimination-review-evidence/>, consultado el 24 de marzo del 2020).
20. Paluck EL, Green DP. Prejudice reduction: what works? A review and assessment of research and practice. *Annu Rev Psychol.* 2009;60:339–67. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.60.110707.163607>.
21. Sutton M, Perry B, Parke J, John-Baptiste C. Getting the message across: using media to reduce racial prejudice and discrimination. Londres: Crown Copyright, Department of Communities and Local Government; 2007 (<https://tandis.odihr.pl/bitstream/20.500.12389/20228/1/04628.pdf>, consultado el 29 de marzo del 2020).
22. Age Demands Action Global 2016 toolkit. Londres: HelpAge International; 2016 (<http://www.helpage.org/download/57becbe416492/>, consultado el 2 de julio del 2020).
23. EveryAGE Counts. En: EveryAGE Counts [página web]. Sydney: EveryAGE Counts; 2020 (<https://www.everyagecounts.org.au/>, consultado el 24 de septiembre del 2020).
24. BrandHealth wins big at Clio Awards with 'Best Before Date' campaign. En: MyKawartha.com [página web]. Peterborough (Ontario); Kawartha Media Group; 2014 (<https://www.mykawartha.com/news-story/4877390-brandhealth-wins-big-at-clio-awards-with-best-before-date-campaign/>, consultado el 20 de marzo del 2020).
25. Not Too Young to Run: promoting the rights of young people running for public office and leadership positions. Ginebra: Consejo de Derechos Humanos; 2016 (https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Democracy/Forum2016/OSGEY_IPU_UNDP_SideEvent.pdf, consultado el 16 de septiembre del 2020).
26. Launching global campaign promoting right of young people to run for public office: Not Too Young to Run. En: Oficina del Enviado del Secretario General para la Juventud [página web]. Nueva York: Oficina del Enviado del Secretario General para la Juventud de las Naciones Unidas; 2020 (<https://www.un.org/youthenvoy/2016/11/launching-global-campaign-promoting-rights-young-people-run-public-office/>, consultado el 16 de septiembre del 2020).
27. Schar E, Gutierrez K, Murphy-Hoefer R, Nelson DE. Tobacco use prevention media campaigns: lessons learned from youth in nine countries. Atlanta (GA): Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades; 2006 (<https://stacks.cdc.gov/view/cdc/11400>, consultado el 24 de marzo del 2020).
28. Busso DS, Volmert A, Kendall-Taylor N. Reframing aging: effect of a short-term framing intervention on implicit measures of age bias. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2019;74:559–64. <https://doi.org/10.1093/geronb/gby080>.
29. Cho H, Boster FJ. Effects of gain versus loss frame antidrug ads on adolescents. *J Commun.* 2008;58:428–46. <https://doi.org/10.1111/j.1460-2466.2008.00393.x>.
30. Dardis FE, Baumgartner FR, Boydston AE, De Boef S, Shen FY. Media framing of capital punishment and its impact on individuals' cognitive responses. *Mass Commun Soc.* 2008;11:115–40. <https://doi.org/10.1080/15205430701580524>.
31. Maher CA, Lewis LK, Ferrar K, Marshall S, De Bourdeaudhuij I, Vandelanotte C. Are health behavior change interventions that use online social networks effective? A systematic review. *J Med Internet Res.* 2014;16:e40. <https://doi.org/10.2196/jmir.2952>.
32. Naslund JA, Kim SJ, Aschbrenner KA, McCulloch LJ, Brunette MF, Dallery J, et al. Systematic review of social media interventions for smoking cessation. *Addict Behav.* 2017;73:81–93. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2017.05.002>.
33. Bou-Karroum L, El-Jardali F, Hemadi N, Faraj Y, Ojha U, Shahrour M, et al. Using media to impact health policy-making: an integrative systematic review. *Implement Sci.* 2017;12:52. <https://doi.org/10.1186/s13012-017-0581-0>.
34. Cantera CM, Puigdomenech E, Ballve JL, Arias OL, Clemente L, Casas R, et al. Effectiveness of multicomponent interventions in primary healthcare settings to promote continuous smoking cessation in adults: a systematic review. *BMJ Open.* 2015;5:e008807. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-008807>.
35. Gittelsohn J, Novotny R, Trude ACB, Butel J, Mikkelsen BE. Challenges and lessons learned from multi-level multi-component interventions to prevent and reduce childhood obesity. *Int J Environ Res Public Health.* 2019;16:30. <https://doi.org/10.3390/ijerph16010030>.
36. Russ LB, Webster CA, Beets MW, Phillips DS. Systematic review and meta-analysis of multi-component interventions through schools to increase physical activity. *J Phys Act Health.* 2015;12:1436–46. <https://doi.org/10.1123/jpah.2014-0244>.
37. Weiner BJ, Lewis MA, Clauser SB, Stitzenberg KB. In search of synergy: strategies for combining interventions at multiple levels. *J National Cancer Inst Monogr.* 2012;2012:34–41. <https://doi.org/10.1093/jncimonographs/lgs001>.
38. Cooke-Jackson A. Multicultural campaigns. En: Thompson TL, director. Encyclopedia of health communication. Thousand Oaks (CA): Sage; 2014:898–900. Kreuter MW, McClure SM. The role of culture in health communication. *Annu Rev Public Health.* 2004;25:439–55. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.25.101802.123000>.
39. Kreuter MW, Lukwago SN, Bucholtz RD, Clark EM, Sanders-Thompson V. Achieving cultural appropriateness in health promotion programs: targeted and tailored approaches. *Health Educ Behav.* 2003;30:133–46. <https://doi.org/10.1177/1090198102251021>.
40. Tan NQP, Cho H. Cultural appropriateness in health communication: a review and a revised framework. *J Health Commun.* 2019;24:492–502. <https://doi.org/10.1080/10810730.2019.1620382>.
41. Bossio D, Exon J, Schleser M, McCosker A, Davis H. The OPERA Project: community co-design of digital interventions for primary prevention of ageism and elder abuse. Melbourne (Australia): Swinburne University of Technology; 2019 (<https://apo.org.au/sites/default/files/resource-files/2019-12/apo-nid270896.pdf>, consultado el 24 de septiembre del 2020).

43. Harada K, Sugisawa H, Sugihara Y, Yanagisawa S, Shimmei M. Perceived age discrimination and job satisfaction among older employed men in Japan. *Int J Aging Hum Dev*. 2019;89:294–310. <https://doi.org/10.1177/0091415018811100>.
44. Tan SC, Barber SJ. Confucian values as a buffer against age-based stereotype threat for Chinese older adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2020;75:504–12. <https://doi.org/10.1093/geronb/gby049>.
45. Hausdorff JM, Levy BR, Wei JY. The power of ageism on physical function of older persons: reversibility of age-related gait changes. *J Am Geriatr Soc*. 1999;47:1346–9. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1999.tb07437.x>.
46. Levy BR, Pilver C, Chung PH, Slade MD. Subliminal strengthening: improving older individuals' physical function over time with an implicit-age-stereotype intervention. *Psychol Sci*. 2014;25:2127–35. <https://doi.org/10.1177/0956797614551970>.
47. Hess TM, Hinson JT, Statham JA. Explicit and implicit stereotype activation effects on memory: do age and awareness moderate the impact of priming? *Psychol Aging*. 2004;19:495–505. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.19.3.495>.
48. Levy B. Improving memory in old age through implicit self-stereotyping. *J Personal Soc Psychol*. 1996;71:1092–107. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.71.6.1092>.
49. Levy BR, Hausdorff JM, Hencke R, Wei JY. Reducing cardiovascular stress with positive self-stereotypes of aging. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2000;55:P205–13. <https://doi.org/10.1093/geronb/55.4.p205>.

10

O CAMINHO A
SEGUIR

BERKEHAN, 21,
TURQUIA



SISAY, 65,
ETIÓPIA

“ Por sermos jovens, temos que agir agora e convocar o mundo a agir em prol do futuro com o qual sonhamos e que somos capazes de criar. ”

Berkehan, 21, Turquia

© Berkehan Erkiliç / Grupo Principal das Nações Unidas para a Infância e a Juventude

“ O mundo deve proibir e descartar todos os estereótipos negativos e pôr fim à discriminação das pessoas idosas. Feito isso, o mundo vai se surpreender com as contribuições que podem ser feitas pelos homens e mulheres idosas. Um mundo sem idadismo [...] daria uma perspectiva positiva de vida para todas as gerações. ”

Sisay, 65, Etiópia

©Erna Mentenot Hintz / HelpAge International

Para prevenir e reagir ao idadismo, devem-se priorizar as três estratégias apoiadas pelas melhores evidências: políticas e leis, intervenções educacionais e intervenções de contato intergeracional (Recomendação 1).

É igualmente importante que os países melhorem seus dados e pesquisas realizadas para adquirirem uma melhor compreensão do idadismo e sobre como reduzi-lo (Recomendação 2).

Cada interessado direto tem um papel a desempenhar na abordagem ao idadismo e deve participar do movimento para mudar o discurso em torno da idade e do envelhecimento (Recomendação 3).

Essas recomendações devem ser implementadas simultaneamente sempre que possível para maximizar o impacto.

A implementação dessas recomendações requer um forte compromisso e a participação de diferentes setores (por exemplo, saúde e assistência social, educação, trabalho e emprego, sistema jurídicojudiciário e mídia) e atores (como governos, organizações da sociedade civil, organismos das Nações Unidas, organizações de desenvolvimento, meio acadêmico e instituições de pesquisa, empresas e pessoas de todas as idades). Todas as recomendações identificam as ações essenciais a serem desenvolvidas por esses diferentes grupos de interessados diretos.

É essencial que os países adaptem essas recomendações aos seus contextos específicos. Sempre que possível, deve-se favorecer uma abordagem multifacetada que inclua todas as principais recomendações, uma vez que são as ações coordenadas e integrais que possibilitam a ocorrência de mudanças transformadoras.

10.1. RECOMENDAÇÃO 1: INVESTIR EM ESTRATÉGIAS COM BASE CIENTÍFICA PARA PREVENIR E REAGIR AO IDADISMO

Os governos, as organizações da sociedade civil, as instituições das Nações Unidas, as organizações de desenvolvimento e outros interessados diretos devem se embasar nas soluções com base científica apresentadas neste relatório para combater o idadismo de maneira eficaz.

Primeiro, os países devem implementar políticas e leis com alcance jurídico e material adequados para proibir o idadismo e fomentar a igualdade de direitos de todas as pessoas, independentemente da idade. É igualmente importante que os países modifiquem ou revoguem as leis ou políticas existentes que discriminem com base na idade e que implementem mecanismos de fiscalização e órgãos de monitoramento para assegurar a eficácia das medidas implementadas.

Políticas internacionais e as garantias legislativas contra o idadismo também poderiam ser aumentadas. No direito internacional, não há atualmente nenhum instrumento jurídico específico para proteger os direitos humanos dos adultos e para dissipar o preconceito e a discriminação contra as pessoas com base na idade; além disso, a maioria dos instrumentos internacionais de direitos humanos não explicita a idade como motivo proibido de discriminação.

Em segundo lugar, os governos nacionais e outros atores devem elaborar e apresentar atividades educacionais formais e informais, visto que essas estão entre as estratégias mais eficazes no combate ao idadismo e também ser provável que sejam economicamente viáveis. As atividades educacionais podem ajudar a dissipar concepções equivocadas sobre diferentes faixas etárias e a reduzir o preconceito e a discriminação ao transmitir informações ou melhorarem a empatia em relação às pessoas de outras idades. É possível mudar a perspectiva por meio de encenações, simulações e realidade virtual. Esses tipos de intervenções podem ser implementados em todos os níveis da

educação, isso é, do jardim de infância à universidade, inclusive usando plataformas de aprendizagem por toda a vida.

Terceiro, deve-se investir em intervenções de contato intergeracional que fomentem a interação e o contato entre pessoas de diferentes gerações. Em condições ideais, o contato entre pessoas de diferentes faixas etárias pode reduzir o preconceito intergruppal, e os estereótipos e os efeitos podem ser generalizados e ir além dos participantes imediatos na intervenção, afetando todo o grupo externo. As intervenções de contato intergeracional estão entre as mais eficazes para reduzir idadismo contra pessoas idosas, e se mostram promissoras para reduzir o idadismo contra os jovens. Além disso, parecem ser acessíveis e relativamente fáceis de implementar.

10.1.1 Ações específicas por grupo de interessados diretos

Consta abaixo um resumo das medidas específicas que podem ser tomadas por diferentes grupos de interessados diretos para que esses implementem as estratégias com base científica que reduzam ou previnam o idadismo.

Os governos podem:

- fortalecer as capacidades humana e institucional para a elaboração e a implementação de estratégias com base científica que enfrentem o idadismo;
- elaborar leis e políticas que proíbam a discriminação por idade e que modifiquem ou revoguem toda e qualquer lei ou política em vigor que discrimine direta ou indiretamente contra pessoas com base na idade. Essas medidas devem ser adotadas em consulta com pessoas idosas e mais jovens;

O Relatório mundial sobre o idadismo reúne as melhores informações científicas sobre o idadismo para promover o entendimento e ajudar a melhorar as vidas das pessoas de todas as idades. Aproveitando as evidências citadas aqui anteriormente, este capítulo apresenta três recomendações para ajudar os interessados diretos a adotarem medidas que previnam e eliminem o idadismo em todo o mundo. Essas recomendações estão sob a égide da Campanha Mundial de Combate ao Idadismo, que as Nações Unidas estão patrocinando como parte da Década do Envelhecimento Saudável 2021-2030.

- implantar mecanismos de imposição e de monitoramento para permitir a eficiente implementação das leis e políticas que abordem a discriminação, os direitos humanos e a desigualdade;
- ratificar os tratados regionais existentes que protegem os direitos das pessoas idosas ou mais jovens;
- apoiar o desenvolvimento de outras proteções por meio de leis internacionais e ratificar todo novo instrumento que possa ser criado;
- implementar atividades educacionais nos setores de educação formal e não formal para abordar o idadismo contra diferentes faixas etárias;
- fornecer recursos para a implementação de intervenções de contato intergeracional.

As agências das Nações Unidas e as organizações de desenvolvimento podem:

- apoiar os países na implementação das estratégias com base científica que abordem o idadismo;
- contribuir para o desenvolvimento da Campanha Mundial de Combate ao Idadismo;
- fortalecer, dentro do sistema das Nações Unidas, a compreensão sobre o idadismo e a capacidade de identificá-lo e de abordá-lo por meio de estratégias com base científica;
- identificar e revisar as políticas e práticas idadistas existentes;
- custear organizações da sociedade civil que trabalhem para abordar

o idadismo nos países de baixa e média renda.

As organizações da sociedade civil podem:

- promover a elaboração de leis que abordem a discriminação e a desigualdade em sua aplicação e também ajudar a monitorar a aplicação dessas;
- fortalecer a capacidade das pessoas idosas e mais jovens para que possam promover, defender e monitorar a implementação de leis que abordem a discriminação e a desigualdade, bem como a participação deles nessas atividades;
- elaborar e aplicar programas educacionais com base científica e atividades intergeracionais que abordem o idadismo contra as diferentes faixas etárias e se possível, incorporar essas atividades nos programas existentes;
- buscar e estabelecer a colaboração entre organizações dedicadas às pessoas idosas e aos jovens para estimular a realização de atividades e a colaboração intergeracional.

As instituições acadêmicas e de pesquisa podem:

- elaborar e implementar programas educacionais e atividades intergeracionais com base científica que combatam o idadismo contra as diferentes faixas etárias;
- trabalhar com os governos e com a sociedade civil para identificar as características essenciais das três intervenções com base científica que

funcionam para abordar o idadismo - fazendo mudanças nas políticas e nas leis e intervindo por meio de atividades educacionais e de contato intergeracional.

O setor privado pode:

- elaborar e implementar políticas e intervenções nas empresas para prevenir e reagir aos casos de idadismo (por exemplo, por meio de programas de mentoria envolvendo pessoas de diferentes gerações);
- capacitar os colaboradores e os empresários para que possam detectar e reagir ao idadismo;
- monitorar a produção de filmes, séries de televisão, anúncios, artigos de revistas e matérias de jornais, livros e outras formas de comunicação em massa para assegurar que não sejam idadistas.

melhor todos os seus aspectos e sabermos como reduzi-lo. É preciso coletar mais dados quantitativos e qualitativos sobre a prevalência e a distribuição de todas as formas de idadismo contra pessoas idosas e mais jovens - ou seja, institucional, interpessoal e autodirigido -, especialmente nos países de baixa e média renda. É igualmente importante obtermos melhores estimativas da prevalência do idadismo em determinadas instituições, como nas relacionadas com a saúde e atenção no longo prazo, com o local de trabalho, com os meios de comunicação e com o sistema judiciário. Esses dados devem ser coletados usando escalas confiáveis e válidas de medição para o idadismo, inclusive no plano transcultural e noutros mais. A OMS está iniciando a elaboração de tal escala juntamente com outros parceiros.

Ferramentas para tomar medidas, elaborar metodologias e coletar dados que estejam sendo usadas para a elaboração de políticas e para a avaliação de programas devem ser revisadas para refletir as últimas evidências científicas bem como para identificar conceitos ultrapassados e abordagens enviesadas (por exemplo, que usam razão de dependência).

Uma melhor compreensão dos impactos contra pessoas mais jovens e idosas, bem como dos custos associados ao idadismo - para indivíduos durante o curso de suas vidas e para a sociedade como um todo - é fundamental para informar os formuladores de políticas e o público sobre os impactos de longo alcance e os mobilizar para que haja um enfrentamento. Nossa falta de compreensão sobre o impacto do idadismo contra as pessoas mais jovens é uma lacuna que deve ser abordada. Somente ao adquirirmos uma melhor compreensão dos impactos do idadismo contra as pessoas mais jovens ao longo do curso de suas vidas é que poderemos determinar o quão sério é o problema e que prioridade deve receber.

10.2 RECOMENDAÇÃO 2: MELHORAR OS DADOS COLETADOS E AS PESQUISAS REALIZADAS PARA ADQUIRIR UMA MELHOR COMPREENSÃO SOBRE O IDADISMO E PARA IDENTIFICAR COMO REDUZI-LO.

Para que a abordagem ao idadismo seja um sucesso, será necessário entendermos

Para que a abordagem seja um sucesso, também é necessário adquirir uma melhor compreensão sobre o idadismo contra as pessoas idosas e mais jovens, tanto sobre o risco como sobre os fatores de proteção, sua importância relativa, sua condição causal e se seus fatores determinantes são os mesmos nos diferentes países e culturas.

O mais importante de tudo é que, para abordar o idadismo, serão necessários esforços sustentados e coordenados no sentido de refinar as estratégias eficazes já existentes, inclusive as políticas, as leis e as intervenções educacionais e de contato intergeracional. Além disso, será necessário realizar mais pesquisas sobre estratégias promissoras (por exemplo, campanhas), o melhorar as estimativas da relação custo-benefício de cada estratégia viável e o escalonar as que se mostrarem tanto eficazes como custo-efetivas.

Também será necessário realizar pesquisas de implementação para ajudar a identificar os componentes essenciais das estratégias eficazes; elaborar e testar novas estratégias por meio de ensaios multicêntricos e multinacionais; adaptar as estratégias existentes a novos contextos; e explorar quais são as barreiras e os facilitadores que garantem a sustentabilidade da implementação, em grande escala, das estratégias para reduzir o idadismo.

Para ajudar com essas tarefas, também será importante que os países avaliem o estado de preparação e a capacidade de especificar, detalhadamente, as áreas que necessitam ser fortalecidas para possibilitar a exitosa expansão das estratégias de redução do idadismo; serão necessárias avaliações, por exemplo, dos recursos humanos e institucionais, do custo, da vontade política, do apoio, da coordenação e da governança.

Países de baixa e média renda devem ser

a principal prioridade em todas as áreas de coleta de dados e pesquisa, visto que a maioria dos dados e pesquisas sobre todos os aspectos do idadismo vêm de países de alta renda, onde vive a minoria da população mundial. Esses países são também uma prioridade pelo fato de abrigarem a maior prevalência do idadismo, pelo menos contra as pessoas idosas.

10.2.1 Ações específicas por grupo de interessados diretos

Consta abaixo um resumo de algumas das medidas específicas que podem ser adotadas por diferentes grupos de interessados diretos para a implementação de estratégias com base científica que reduzam ou previnam o idadismo..

Os governos podem:

- alocar recursos para os aspectos das pesquisas relacionadas com o idadismo considerados prioritários no país e canalizar esses recursos por meio de órgãos e fundações de custeio de pesquisas científicas nacionais relevantes;
- modificar toda e qualquer abordagem nacional ou local de coleta de dados que possa apresentar viés de idade;
- apoiar os testes de medidas de escala do idadismo que a OMS está desenvolvendo com outros parceiros;
- incluir, nos levantamentos sociais e nos exercícios de coleta de dados nacionais, módulos sobre o idadismo contra pessoas mais jovens e idosas, abordando questões como envelhecimento e saúde, bem como outros temas relevantes, e aproveitando uma escala validada para o idadismo, como a que está

sendo desenvolvida pela OMS e por outros colaboradores.

As agências das Nações Unidas e as organizações de desenvolvimento podem:

- incluir módulos sobre o idadismo contra pessoas mais jovens e idosas nos levantamentos internacionais que ajudam a conduzir, como no caso da Pesquisa Demográfica e de Saúde;
- aumentar a capacidade de pesquisa e de coleta de dados e proporcionar verbas para pesquisadores que trabalhem com o idadismo, especialmente nos países de baixa e média renda;
- rever os conceitos estatísticos, os instrumentos de coleta de dados e as abordagens metodológicas usadas na formulação e na avaliação de políticas para identificar se há alguma que possa apresentar viés de idade e, se houver, revisá-la;
- apoiar a compilação e a difusão de informações desagregadas por idade sobre as pessoas idosas e mais novas;
- elaborar, com a OMS, uma escala válida de medição do idadismo e incentivar governos e instituições de pesquisa a usá-la nos estudos independentes ou a assegurar que seja integrada a outras iniciativas de coleta de dados.

As organizações da sociedade civil podem:

- contribuir para a avaliação e o monitoramento das estratégias para reduzir o idadismo e colaborar

com pesquisadores para apoiar a realização de investigação aplicada sobre o idadismo;

- defender a ideia de que os governos revisem os instrumentos de coleta de dados e as abordagens metodológicas tendenciosas em relação à idade para continuar a construção de uma base de evidências sólidas sobre o idadismo usando escalas validadas, assim como a que está sendo desenvolvida pela OMS e colaboradores;
- produzir evidências, em colaboração com as instituições de pesquisa, sobre as experiências de idadismo vividas por jovens e pessoas idosas e sobre o impacto que essas têm em suas vidas.

As instituições acadêmicas e de pesquisa podem:

- realizar pesquisa de alta qualidade para abordar as lacunas de dados e de pesquisa identificadas neste relatório para desenvolver e expandir estratégias eficazes e de boa relação custo-benefício voltadas à redução do idadismo sob a orientação de pessoas nas faixas etárias relevantes;
- apoiar a realização de testes da escala de medição para o idadismo que a OMS está desenvolvendo com outros colaboradores e promover sua adoção nas atividades de pesquisa sobre o idadismo.

O setor privado pode:

- realizar avaliações integrais e rigorosas do idadismo no local de trabalho;

- apoiar financeiramente a realização de pesquisas sobre o idadismo por meio de órgãos e fundações nacionais de custeio de pesquisa científica.

10.3 RECOMENDAÇÃO 3: CONSTRUIR UM MOVIMENTO PARA MUDAR O DISCURSO EM TORNO DA IDADE E DO ENVELHECIMENTO

O idadismo é endêmico e irá continuar a se disseminar a menos que medidas apropriadas sejam tomadas, tanto para preveni-lo como para reagir a ele. Todos nós temos um papel a desempenhar. Todos os países (em todos os níveis e por todas as instituições), as organizações internacionais (inclusive organismos das Nações Unidas, organizações não governamentais, empresas multinacionais), as organizações nacionais, as comunidades e os indivíduos podem se unir ao movimento para mudar o discurso sobre a idade e o envelhecimento.

Vários organismos internacionais, instituições e órgãos regionais das Nações Unidas já estão trabalhando para abordar o idadismo ou têm mandatos ou atividades altamente relevantes para reduzi-lo, inclusive os que tratam de direitos humanos, direito internacional, assuntos econômicos e de desenvolvimento sustentável. As organizações internacionais não governamentais e o setor privado podem ajudar a aumentar a conscientização nos níveis local e mundial como cidadãos, empresários e grandes empresas imbuídos na luta contra o idadismo, e agir

para reduzir o idadismo dentro de suas próprias estruturas. Embora tenha havido esforços conjuntos, a coordenação de todos esses organismos e grupos de interessados diretos ainda é insuficiente. Isso deve ser corrigido para evitar repetições desnecessárias e se beneficiar das economias incorridas pelo uso conjunto dos conhecimentos especializados, das redes sociais, de custeio e de recursos nacionais e para adotar medidas coletivas no sentido de reduzir o idadismo dentro dessas instituições.

Deve-se considerar o desenvolvimento de uma coalizão global para impulsionar esse movimento e mudar o discurso sobre a idade. Isso deve melhorar a cooperação e a comunicação entre os diferentes grupos de interessados diretos na área. Uma coalizão poderia alcançar o melhor compartilhamento dos conhecimentos, chegar a acordos sobre metas para prevenir e responder ao idadismo e facilitar a coordenação das ações. Por exemplo, uma rede de pesquisadores e de profissionais poderia melhorar em muito a base mundial de conhecimentos, ajudar a refinar as estratégias das intervenções, discutir as metodologias e examinar criticamente os resultados das pesquisas.

Um intercâmbio mais amplo de informações e de ideias é crucial para a conquista de avanços futuros, juntamente com o trabalho de autoridades do governo, prestadores de serviço e grupos de promoção de causa. Grupos de promoção de causa que trabalham para mudar o discurso sobre a idade e o envelhecimento, assim como aqueles que trabalham com sexismo, racismo e capacitismo, são importantes parceiros no combate ao idadismo por poderem captar recursos, colher e transmitir informações sobre problemas importantes e elaborar campanhas que podem ter impacto sobre os decisores.

Portanto, muito pode ser conquistado com o desenvolvimento de uma coalizão que possa facilitar a implementação de estratégias com base científica, o intercâmbio de informações, o desenvolvimento de pesquisas conjuntas e o trabalho de promoção de causa.

10.3.1 Ações específicas por grupo de interessados diretos

Consta abaixo um resumo das medidas específicas que podem ser adotadas por diferentes grupos de interessados diretos para gerar um movimento que altere o discurso em torno da idade e do idadismo.

Os governos podem:

- convocar e coordenar coalizões multissetoriais que envolvam diversos interessados diretos nacionais e locais para prevenir e reagir ao idadismo;
- contribuir para a coalizão global que visa mudar o discurso sobre idade e o envelhecimento, inclusive ao compartilhar conhecimentos e experiências.

As agências das Nações Unidas e as organizações de desenvolvimento podem:

- elaborar e contribuir para a coalizão global de combate ao idadismo, particularmente ao trazer para a coalizão todo o corpo de conhecimentos especializados da organização (por exemplo, a Organização Internacional do Trabalho poderia apoiar por meio de contribuições para as políticas e legislação no local de trabalho).
- apoiar governos e organizações da sociedade civil que busquem

fortalecer a capacidade de implementar estratégias com base científica;

- desenvolver orientações técnicas para ajudar os diferentes interessados diretos a mudarem o discurso sobre a idade e o envelhecimento;
- adotar medidas para pôr fim ao idadismo dentro das Nações Unidas e das organizações de desenvolvimento, inclusive por meio da análise das políticas e das práticas existentes, além do desenvolvimento de novas normas e padrões, conforme o necessário.

As organizações da sociedade civil podem:

- incentivar os governos a combater o idadismo, e também desenvolver coalizões nacionais que apoiem os esforços de promoção de causa;
- identificar o idadismo sistemático e denunciá-lo às autoridades relevantes (por exemplo, aos órgãos de promoção da igualdade, às ouvidorias, às instituições nacionais de direitos humanos);
- se filiar e contribuir para a coalizão mundial e apoiar a implementação das ações recomendadas pela coalizão;
- aumentar a conscientização e melhorar a compreensão nas comunidades sobre o que configura o idadismo e porque todos devemos trabalhar contra esse.

As instituições acadêmicas e de pesquisa podem:

- contribuir para a coalizão global por meio de conhecimentos e informações;
- ajudar a monitorar e a avaliar os programas e as atividades que visem combater o idadismo.

O setor privado pode:

- contribuir para a coalizão global ao implementar as intervenções com base científica nas empresas e compartilhar informações sobre as boas práticas.

Hoje podemos agir. Este relatório identificou três estratégias essenciais para combater o idadismo em todo o mundo: por meio de mudanças nas políticas e nas leis, bem como por intervenções que utilizam atividades educativas e contato intergeracional. Além disso, foram descritas em mais detalhes as áreas de pesquisa que devem ser implementadas para aumentar nossa compreensão desse fenômeno e da melhor forma de combatê-lo.

Todos podem e devem fazer algo para pôr fim ao idadismo. Se os governos, as instituições das Nações Unidas, as organizações de desenvolvimento, da sociedade civil, acadêmicas e de pesquisa implementarem essas estratégias que se mostraram eficazes, se investirem em outras pesquisas e se os indivíduos e as comunidades enfrentarem cada caso de idadismo que encontrarem, juntos criaremos um mundo para todas as idades.

10.4 CONCLUSÕES

Desde que o termo "idadismo" foi cunhado, foram necessários mais de 50 anos para compilar uma base de evidências que permitisse a realização de mudanças transformadoras na forma como todos pensamos, sentimos e agimos em relação à idade e ao envelhecimento.

GLOSSÁRIO

Abuso de pessoas idosas são ações individuais ou repetidas ou a falta de ação apropriada que ocorre dentro de qualquer relação na qual haja uma expectativa de confiança, que cause danos ou que prejudique a uma pessoa idosa. Os maus-tratos podem ter natureza financeira, física, psicológica e sexual. Também pode resultar de descuidos.

Ameaça do estereótipo surge quando o desempenho das pessoas em relação a uma tarefa fica abaixo do esperado em função da preocupação que têm com confirmar um estereótipo negativo sobre o grupo a que pertencem. Por exemplo, uma pessoa idosa pode ter pior desempenho em um exame de motorista ou cognitivo devido à ansiedade de confirmar o estereótipo que diz que as pessoas idosas dirigem mal ou possuem reflexos mais lentos.

Assistência social se refere à assistência para a execução de atividades cotidianas, como cuidados pessoais ou manutenção do lar.

Atitudes incluem tanto estereótipos como preconceitos.

Atividades ou programas educacionais se referem a qualquer atividade que forneça instrução com a intenção de melhorar os conhecimentos, as habilidades e as competências. A educação formal se refere à educação ou ao aprendizado realizado em uma instituição formal de ensino, como uma escola ou universidade; que segue um programa de estudos; tem objetivos de aprendizagem claros e é oficialmente credenciada. A educação ou o aprendizado informal é geralmente intencional e é realizado em uma instituição, como um local de trabalho ou centro comunitário. Porém, essa não segue, necessariamente, um programa de estudos nem é necessariamente credenciada.

Bem-estar se refere ao universo de todos os domínios da vida humana, inclusive os aspectos físicos, mentais e sociais, que constituem o que pode ser chamado de uma "boa vida". Inclui domínios como a felicidade, a satisfação e a plenitude.

Campanha se refere a tentativas intencionais de informar ou influenciar os comportamentos de um grande número de pessoas por um período específico, usando um conjunto organizado de atividades de comunicação e apresentando diversas mensagens mediadas que são divulgadas por diversos canais para produzir benefícios não comerciais aos indivíduos e à sociedade.

Capacitismo se refere aos estereótipos, aos preconceitos e à discriminação contra os portadores de incapacidades ou as pessoas vistas como portadoras de algum tipo de incapacidade. O capacitismo presume que os portadores de incapacidades são definidos por suas incapacidades e que são indivíduos inferiores aos que não têm algum tipo de incapacidade.

Dependência da atenção de terceiros surge quando a habilidade funcional de um indivíduo atinge um ponto tal que impede que ele realize as tarefas básicas necessárias para a vida diária de maneira independente.

Desnormalização se refere ao aumento da inaceitabilidade social de um comportamento ao reforçar a percepção de que não é nem a percepção do coletivo nem uma atividade normal na sociedade em questão.

Determinantes se referem tanto a fatores de risco como aos de proteção. Os fatores de risco são características que aumentam a probabilidade de um determinado resultado—no caso deste relatório o fator de risco é o idadismo. Os fatores de proteção são características que reduzem a probabilidade de um resultado ou que amortecem o risco. Para serem eficazes, as intervenções devem visar os determinantes causais que mudam o resultado — ou seja, a redução do idadismo — e não apenas os determinantes associados, talvez falsamente, ao resultado.

Diferença média padronizada é usada como um parâmetro estatístico resumido nas metanálises quando todos os estudos avaliam o mesmo resultado, mas as mensurações são feitas de maneiras diferentes (por exemplo, quando todos os estudos medem a depressão, mas usam diferentes escalas de medição). Nesse caso, é necessário padronizar os resultados dos estudos por meio da adoção de uma escala uniforme antes que esses possam ser combinados. A diferença média padronizada expressa do tamanho do efeito da intervenção em cada estudo em relação à variabilidade observada no estudo.

Direitos humanos são os direitos inerentes às pessoas simplesmente por serem humanas, independentemente da idade, cidadania, nacionalidade, raça, etnia, idioma, sexo, sexualidade ou de suas capacidades. Quando esses direitos são respeitados, as pessoas podem viver com dignidade e igualdade, isentas de discriminação. O conceito de direitos humanos tem suas origens em uma ampla gama de tradições filosóficas, morais, religiosas e políticas que evoluem com o tempo.

Discriminação consiste de ações, práticas ou políticas aplicadas às pessoas devido às suas afiliações, percebidas ou reais, a alguns grupos socialmente salientes e que impõem sobre esses alguma forma de desvantagem (discriminação negativa) ou vantagem (discriminação positiva). No caso da discriminação com base na idade, essas ações, práticas e políticas são dirigidas a pessoas que se acredita que pertençam a uma determinada faixa etária.

Empatia se refere à capacidade de sentir as emoções de outras pessoas e de imaginar o que elas podem estar pensando ou sentindo.

Enquadramento se refere a como as informações sobre uma determinada questão são formuladas e apresentadas. Por meio do enquadramento, as questões podem ser destacadas e colocadas em um determinado contexto para provocar ou inibir determinadas interpretações. Portanto, o enquadramento exerce uma influência seletiva sobre como as pessoas veem a realidade.

Envelhecimento é o processo de ficar mais velho e representa o acúmulo de mudanças ao longo do tempo, isso é, mudanças físicas, psicológicas e sociais. As mudanças que constituem e influenciam o envelhecimento são complexas. No nível biológico, o envelhecimento está associado ao acúmulo gradual de vários danos moleculares e celulares. Com o passar do tempo, esses danos levam a uma diminuição gradual das reservas fisiológicas, a um aumento no risco de muitas doenças e a uma diminuição geral na capacidade do indivíduo. Em última instância, leva à morte.

Estereotipagem é o processo de aplicar estereótipos, que podem causar generalizações pelo fato de considerarem que todas as pessoas de um determinado grupo social são iguais.

Estereótipos são estruturas cognitivas que armazenam pensamentos, crenças e expectativas sobre as características de membros de grupos sociais. No caso do idadismo, os estereótipos de idade são usados para fazer inferências sobre pessoas de uma determinada faixa etária e orientar o comportamento dessas.

Fala infantilizada se refere aos ajustes nos padrões de fala que por vezes são feitos por pessoas mais jovens ao se comunicarem com pessoas idosas, como falar mais devagar ou mais alto, usando sentenças mais curtas ou um vocabulário mais limitado ou menos complexo. Esses padrões de fala simplificada são implicitamente baseados no pressuposto de que as pessoas idosas apresentam deficiência cognitiva ou são incapazes de compreender o padrão normal de fala.

Fatores de proteção são características que reduzem a probabilidade de um resultado (no caso deste relatório, o idadismo) ou que amortecem o risco desse resultado.

Fatores de risco são características que aumentam a probabilidade de incidência do idadismo.

Idade é o tempo vivido desde o nascimento. Embora se correlacione com processos biológicos, a idade também é influenciada por traços sociais e culturais.

Idadismo autodirigido é o idadismo praticado contra si próprio. As pessoas assimilam os vieses da cultura ao seu entorno após permanecerem reiteradamente expostas a essa, e, então, aplicam-nos contra si própria.

Idadismo explícito é o idadismo que é exercido por uma pessoa de maneira consciente e intencional. É frequentemente comparado com o idadismo implícito, que opera, em grande proporção, de maneira inconsciente.

Idadismo implícito é o idadismo praticado por uma pessoa de maneira inconsciente ou não intencional.

Idadismo institucional se refere às leis, às regras, normas, às políticas e aos procedimentos das instituições — e às ideologias que são fomentadas para justificá-las — que restringem, injustamente, as oportunidades e que prejudicam, sistematicamente, os indivíduos com base na idade que têm.

Idadismo interpessoal é o idadismo que ocorre durante interações entre dois indivíduos ou mais. No idadismo interpessoal, o causador do idadismo é diferente do alvo do idadismo.

Idadismo relacionado ao gênero se refere ao cruzamento entre o idadismo e o viés baseado no sexo, podendo ser diferente entre mulheres e por homens.

Idadismo se refere aos estereótipos, aos preconceitos e à discriminação com base na idade dirigidos a outros ou a si próprio.

Impacto está relacionado com a consequência, o efeito ou a influência que algo tem sobre outro.

Interseccionalidade é uma estrutura teórica para compreender o modo como diferentes aspectos das identidades sociais e políticas de uma pessoa se combinam (por exemplo, gênero, sexo, raça, classe, sexualidade, religião, incapacidade, aparência física) e podem aumentar seu efeito para dar os contornos da experiência de um indivíduo ou de um grupo e criar modalidades exclusivas de discriminação e privilégio.

Intervenções de contato intergeracional visam fomentar interações e contato entre pessoas de diferentes gerações ou faixas etárias, em geral para reduzir o idadismo. Essas podem incluir o contato direto por meio de interações presenciais ou o contato indireto, por meio de, por exemplo, conversas virtuais ou contatos imaginados.

Juventude é o período de transição da infância para vida adulta. Para fins estatísticos, muitas vezes são considerados jovens as pessoas com idade entre 15 e 24, embora não haja consenso sobre a idade exata.

Lei é o sistema de regras que um determinado país ou uma determinada comunidade reconhece como sendo reguladora das ações de seus membros e que pode ser imposta por meio da imposição de penas. Inclui o direito internacional e a lei nacional. O direito internacional define as responsabilidades jurídicas na conduta interna e externa dos estados, e o tratamento que é dado aos indivíduos dentro de suas fronteiras. Lei nacional ou lei doméstica se refere às leis que se aplicam dentro de um determinado país.

Magnitude de efeito é uma medida quantitativa da força de uma relação entre duas variáveis que usa um método de mensuração padronizado. É particularmente útil para quantificar a eficiência entre intervenções.

Normas sociais são regras ou expectativas de comportamento que se aplicam dentro de um determinado grupo social ou cultural. Muitas vezes não ditas, essas normas sociais oferecem padrões do que seria um comportamento apropriado e inapropriado, governam o que é (e não é) aceitável e coordenam nossas interações uns com os outros. Acredita-se que diversas pressões internas e externas sejam responsáveis pela manutenção das normas culturais e sociais. Portanto, a infração dessas normas é coibida em função da ameaça de desaprovação social ou de punição bem como do sentimento de culpa e de vergonha que resultam da internalização das normas pelos indivíduos.

Pessoa mais jovem é uma pessoa com idade inferior à média da expectativa de vida ao nascer. Neste relatório, são consideradas jovens as pessoas com menos de 50 anos.

Pessoa idosa é uma pessoa cuja idade tenha ultrapassado a média da expectativa de vida ao nascer. Neste relatório, as pessoas acima de 50 anos são consideradas idosas.

Políticas se referem às decisões, aos planos e às ações que são empreendidas para atingir metas específicas dentro de uma sociedade.

Preconceito é uma reação afetiva, ou um sentimento, em relação a um indivíduo que pertence a um determinado grupo social. No caso do idadismo, o preconceito está voltado contra indivíduos tidos como pertencentes a uma determinada faixa etária, independentemente de ele ou ela de fato pertencer a esse grupo.

Racismo se refere aos estereótipos, preconceitos ou à discriminação contra pessoas com base na raça, e geralmente inclui a crença de que a própria raça é superior às outras. Atualmente há um amplo consenso de que o conceito da raça é principalmente um conceito social sem significado biológico, e que se trata apenas de um indicador muito fraco da diversidade genética humana.

Ratificação define o ato internacional pelo qual um estado indica o seu consentimento para estar ligado a um tratado ou a uma convenção.

Saúde é um estado de total bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doenças ou afecções.

Sexismo é o preconceito, o estereótipo ou a discriminação praticada, normalmente contra mulheres e meninas com base no sexo ou gênero dessas.

Sexualidade é um aspecto central do ser humano, que abarca sexo, identidades de gênero e funções e orientação sexual, erotismo, prazer sexual, intimidade e reprodução. A sexualidade é vivenciada e expressa por meio de pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, funções e relações. Apesar de a sexualidade poder incluir todas essas dimensões, nem sempre todas são vivenciadas ou expressadas. A sexualidade é influenciada pela interação entre fatores biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, políticos, culturais, legais, históricos, religiosos e espirituais.

ÍNDICE ALFABÉTICO

A

Abuso 59
 Abuso financeiro 58–59
 Abuso psicológico 59
 Ações do setor privado 173, 175, 177–178
 Ações governamentais 171–172, 174–175, 177
 Ações por interessados diretos 171–173, 174–175, 177–178
 Adultismo XXI
 África Subsaariana, viúvas e bruxaria 12, 138, 40
 Agências das Nações Unidas, ações 172, 173, 175
 Alemanha
 Declínio cognitivo 55
 autopercepções sobre o envelhecimento 40
 personagens televisivos 29–30
 Ameaça do estereótipo 9, 57, 80
 Amizades 76–77, 95, 139, 146–148
 Ansiedade em relação ao envelhecimento 73
 Anúncios 29, 30
 Aparência física 11–12
 Aposentadoria 30–31, 60
 Aprendizado ao longo da vida 33
 Aprendizado de serviço 142–143
 Assessment, Development, and Evaluation (GRADE) 133
 Assistência social 5, 24–28
 Atitudes 34–37, 92
 Autoestereótipos 9
 Autoestima 93–94, 140
 Autopercepções 40
 Austrália
 campanhas 156–158
 intervenção educacional 129–130
 instituições de longa permanência 25–26
 pobreza 60

B

Beleza, indústria da 11–12
 Bélgica, idadismo no local de trabalho 29–30
 Bem-estar 56–59, 93–94, 140
 Bem-estar social 56–59, 93–94, 140
 Benefícios da aposentadoria 60, 105
 Botsuana, HIV 55
 Brasil
 impacto do idadismo 92
 percepção do idadismo 40
 Bruxaria 11–12, 38, 40
 Burkina Faso, bruxaria 38
 Butler, Robert XXI

C

Campanhas 154–160, 161–162
 Campanha Best Before Date 156
 Campanhas de prevenção do tabagismo 159
 Campanhas culturalmente informadas 160
 Campanhas interativas 159–160
 Campanha Not Too Young to Run 157
 Canadá
 campanhas 158
 habitação 94
 instituições de longa permanência 24
 racismo e idadismo 12
 Capacitismo 10
 Características individuais
 perpetradores do idadismo 73–77, 94–95
 alvos do idadismo 77, 97
 Carta Africana da Juventude 108
 China
 solidão 57
 imagem das pessoas idosas na mídia 31
 mortalidade 53
 doenças sexualmente transmissíveis 55–56
 China, Região Administrativa Especial de Organizações da sociedade civil 115,

172, 177, 178–179
 Cingapura, intervenções de contato entre gerações 140–143
 Coabitação 145
 Coleta de dados XIX–XX, 33, 173–175
 Comportamentos de risco para a saúde 53–55
 Conhecimento sobre o envelhecimento 76–77, 79, 140
 Conscientização do público 112
 Consulta pública 112
 Construir um movimento para reduzir o idadismo XIX, 174–177
 Contato com pessoas idosas, vide Intervenções de contato entre gerações
 Contato indireto imaginado 139, 145
 Contato indireto prolongado 139
 Contato intergeracional direto 138–139
 Incapacidade 10–11, 53
 Contato intergeracional indireto 139
 Contexto, idadismo interpessoal 78–79, 97
 Convenção europeia sobre os direitos humanos 107–108
 Convenção Ibero-americana dos Direitos da Juventude 108
 Convenção Interamericana sobre a Proteção dos Direitos Humanos dos Idosos 110
 Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher 107
 Convenção Internacional sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial 107, 109
 Convenção sobre os Direitos de Pessoas com Incapacidades 107
 Coreia, imagem das pessoas idosas na mídia 31
 Credibilidade como testemunha 31
 Crescimento Intergeracional 89–100
 Crianças, desenvolvimento do idadismo 9
 Crime
 medo de 58
 vítimas de 91
 Criancismo XXI

Cumprimento das leis e políticas 111–112
 Custos econômicos
 idadismo contra as pessoas idosas 59–61
 campanhas 159, 161
 intervenções educacionais 132
 intervenções de contato entre gerações 147
 leis e políticas 112, 113
 Custos, vide Custos econômicos

D

Dados de saúde pública 33
 Década do Envelhecimento Saudável: 2021–2030 XXII
 Declaração Política e Plano de Ação Internacional de Madri sobre o Envelhecimento (MIPAA) 107, 109
 Definição de idadismo 2–8
 Democracias 115
 Dependência de cuidados 77, 96
 Depressão 55
 Desastres naturais 32
 Desnormalização de comportamentos 159
 Determinantes do idadismo XVIII, 70–86, 95–97
 Diálogos nos filmes 31
 Diferenças transculturais 35–37
 Direitos humanos, legislação sobre 107
 Direito internacional 104–105
 Discriminação 3–4, 6
 Discriminação Racial 107, 109
 Discussões em grupo 130, 133
 Disponibilidade de recursos 112
 Dissonância cognitiva 105
 Docência 96–97
 Documentários de histórias de vida 128–129
 Doenças sexualmente transmissíveis 26–27, 54–55
 Domicílios onde falta uma geração 139

E

Educação
 como determinante do idadismo 73

idadismo institucional contra as pessoas idosas 33
 intervenções para reduzir o idadismo XIX, 126–135, 140, 141–142, 171
 Egito, idadismo na política 91
 Emergências relacionadas a conflitos 32
 Empatia, atividades para melhorar a 127
 Emprego, vide Local de trabalho
 Encenação 131
 Enfrente o idadismo 158
 Enquadramento 159
 Ensaaios clínicos 25, 55–56
 Ensino superior 33
 Escala de Expectativas Relativas ao envelhecimento 34
 Escala do idadismo XVIII, 23–49, 90–92
 Escala do no local de trabalho 90–92
 Espanha, idadismo no local de trabalho 29
 Esquemas de crédito 32
 Esquemas de empréstimo 32
 Estados Unidos
 capacitismo 10–11
 leis antidiscriminatórias 106
 intervenções combinadas de educação e contato intergeracional 141–142
 intervenção educacional 128–129
 custos de atenção à saúde 61
 relacionados ao envelhecimento 24
 racionamento da assistência à saúde ensino superior 33
 mitigação do impacto do idadismo 161
 racismo e idadismo 12
 personagens televisivos 29–30
 idadismo no local de trabalho 60–61
 Estatísticas, preconceito de idade em 30
 Estereótipos implícitos 161
 Estereótipos 1–4, 1–8, 161
 Estereótipos subliminares 161
 Estudos experimentais, apresentação das pessoas idosas 78–79
 EveryAGE Counts 156–158
 Expectativa de vida saudável 77–78, 79
 Experiência do envelhecimento 37–40

F

Facebook 29

Fala infantilizada 7
 Filmes de Hollywood 31
 Finlândia
 solidão 57–58
 idadismo no local de trabalho 56
 Formação para adultos 33
 Fração atribuível à população 53
 Função cognitiva 55–56

G

Gana, bruxaria 38
 Generalizações excessivas 3
 Gênero, determinante do idadismo 73, 95
 Grading of Recommendations Netos e avós 76–77, 79, 139–140, 146–147
 Grupo de Trabalho de Composição Aberta sobre Envelhecimento (ONU) 113–114

H

Habitação
 idadismo na 31–32, 92
 coabitação 145
 Health status 77–78, 79, 96
 HelpAge International 156
 Heterossexismo 12–13
 HIV 55
 Hong Kong
 intervenções de contato entre gerações 142–143
 imagem de pessoas idosas na mídia 29, 30
 Homofobia 12

I

Idade determinada socialmente 3
 Idade, determinante do idadismo 73, 78, 95–96
 Idadismo
 definição 2–8
 escalas de medição 34
 outros “-ismos” 9–13
 terminologia XXI
 teorias 75–76
 Idadismo contra si mesmo 8, 40, 79–80
 idadismo contra si mesmo 40–41, 79–81
 na estatística 33
 tecnologia 32

no local de trabalho 12, 29
 “Idadismo do Silicon Valley” 78
 Idadismo explícito 8
 Idadismo implícito 9
 Idadismo interpessoal 6–8, 9, 34–40, 73–79, 92, 95–97
 idadismo no local de trabalho 61, 91
 Idadismo institucional 4, 6, 9, 24–33, 90–92, 96
 Idadismo segundo o gênero 12, 31, 32, 40, 56, 96
 Identidade familiar 147
 Impacto do idadismo XVIII, 51–68, 92–95
 Implementação de estratégias baseadas em evidências 170–174
 Indústria antienvelhecimento 12
 Intervenção nas bases curriculares 129
 Intervenções de contato entre gerações XIX, 76–77, 127–135, 171
 Intervenções de realidade virtual 129, 130, 132
 Insegurança financeira 60
 Instituições acadêmicas, ações 161, 164, 178
 Instituições de longa permanência 25–26, 59
 Instituições de pesquisa, ações 172, 173, 177
 Instituições financeiras 32
 Irã, intervenção educacional 128
 Isolamento social 56–57, 140
 Israel
 sistema jurídico 31
 instituições de longa permanência 25

J

Japão
 habitação 31–32
 mitigação do impacto do idadismo 60–61
 anúncios televisivos 31
 Jogo do Envelhecimento 132
 Jovens, idadismo contra
 determinantes XVIII, 95–96
 habitação 92
 impacto do XVIII, 94–95
 idadismo institucional 90–92, 97

intervenções de contato entre gerações 140, 141
 idadismo interpessoal 92, 95–97
 sistema jurídico 91
 estratégias de redução baseadas em políticas/leis 108

L

Lei nacional 105
 Leis XIX, 103–123, 171
 Leis nacionais 104
 Leis antidiscriminatórias 106, 109
 Linguajar XXI, XX
 Literatura 37
 Local de trabalho 5, 12, 29, 56–57, 60–61, 90–91, 94–95, 109

M

Mal de Parkinson 25
 Maurício, Lei de Igualdade de Oportunidades (2012) 111
 Maus-tratos físicos 59
 Medicamentos, uso de 55
 Medo da morte 73, 75
 Mídia 5, 27, 29–30, 56–57
 Mídia impressa 29–31
 Mídias sociais 27, 29–31, 159–160
 Mitigação do impacto do idadismo 160–161, 162
 Monitoramento de leis e políticas 112
 Mortalidade 53, 57
 Mortalidade prematura 33
 Mudança do discurso 176–177
 Mulheres, idadismo contra 12, 31, 32, 57, 96

N

Não disponibilização de terapias 24
 Natureza do idadismo XVII, 1–20
 Negligência 58–59
 Nigéria
 filmes 30
 política 157
 Normas sociais 105, 112–113

O

Oficinas 128
 OMS–CHOICE 115–116

Oportunidades de pesquisa XVIII–XIX, XXV, 54, 80, 98, 117, 133, 173–175
 Organizações para o desenvolvimento, ações 172, 174, 177

P

Panamá, idadismo contra si próprio 40
 Pandemia de COVID–19 26–27
 Papel dos pais 147–148
 Participação comunitária 160
 Percepção do idadismo 37–40
 Pessoas idosas, idadismo contra
 emergências relacionadas a conflitos 31
 na coleta de dados 33
 determinantes XVIII, 72–86
 impacto econômico 59–61
 educação 33–34
 instituições financeiras 32
 saúde e assistência social 12, 24–28, 61
 impacto sobre a saúde 52–59
 habitação 31–32
 impacto do XVIII, 51–62
 idadismo institucional 23–34
 idadismo interpessoal 34–40, 73–79
 sistema jurídico 31
 mídia 27, 29–31, 56
 desastres naturais 32
 escala do XVIII, 23–27
 Pobreza 60
 Polifarmácia 55
 Política 91–92, 157
 Políticas XIX, 103–123, 171
 Portugal, intervenções de contato entre gerações 145
 Práticas de prescrição 55–56
 Preconceito 3, 4, 9
 Prêmios de seguro 32
 Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Metanálises (PRISMA) 54, 80, 133
 Processos judiciais 31
 Programa Aconchego 145
 Programa Aliança Jovem–Idoso e 143–144
 Programa Educação Positiva sobre o Envelhecimento e Experiências de Contato (PEACE) 141–142
 Programa Mundial de Ação para a Juventude até o Ano 2000 e Além 108

Programas humanitários 32
 Protocolo da União Africana 109, 110
 Provisão de informações 97, 127, 130

Q

Qualidade de vida 56–57
 Questionário sobre os Fatos Relativos ao Envelhecimento 77

R

Racismo 12, 91
 Razão de dependência 33
 Reações adversas a medicamentos 54
 Recomendações para ação XIX–XX, 170–178
 Redução do idadismo
 construir um movimento XX, 176–177
 campanhas 154–160, 161–162
 intervenções educacionais XIX, 125–135, 140, 141–142, 171
 intervenções de contato entre gerações XIX, 76–77, 137–151, 171
 políticas e leis XIX, 103–123, 171
 Reino Unido
 intervenção educacional 129–130
 instituições financeiras 32
 contato intergeracional intervenção 145
 solidão 57–58
 República Unida da Tanzânia, bruxaria 38
 Rituais de limpeza 40

S

Saúde, atenção à 4, 11, 24–28, 61
 Saúde, estado de 77, 78, 96–97
 Saúde física 53–55, 57–58, 79
 Saúde, impacto do idadismo 52–56, 61
 Saúde mental 25, 55–56, 58, 79, 92
 Saúde, profissionais de 24, 25, 26, 53, 73, 142
 Seguro de viagem 32
 Setores ocupacionais 78, 96
 Setores profissionais 78, 96
 Sexismo 11–12, 31
 Sexo, determinante do idadismo 73, 95
 Sexualidade 11–12, 57–58
 Sistema jurídico, idadismo no 31, 91

Solidão 56–57, 140
Suécia, políticas sobre incapacidade 10, 11
Suíça, idadismo no local de trabalho 29

T

Tabagismo 54
Tecnologia 32
Televisão 29–31
Teoria da dissuasão 105
Teoria de ameaça intergruppal 75
Teoria de assimilação dos estereótipos 76
Teoria de contato intergruppal 75, 139
Teoria de gerenciamento do terror 73–75
Teorias do idadismo 75–76
Trabalho em parceria 160
Traços de personalidade 73, 95
Transplante de órgãos 31
Treinamento em habilidades sociais
130–131
Tribunal Africano dos Direitos Humanos e
dos Povos 107
Tribunal Interamericano de Direitos
Humanos 107, 109
Twitter 27, 30

U

União Europeia, diretiva relativa à
igualdade de tratamento no emprego 109
Uruguai, políticas e leis 111

V

Variação do idadismo ao longo do tempo
37
Variação transcultural no idadismo 35–37,
77–78
Viés implícito 105
Videogames 140, 142
Viúvas 11–12, 38, 40
Violência, risco para pessoas idosas 59

W

Weibo 27





World Health Organization



United Nations

Department of Economic and Social Affairs



UNITED NATIONS HUMAN RIGHTS OFFICE OF THE HIGH COMMISSIONER

