

A VELHICE NÃO É UMA TOTALIDADE BIOLÓGICA: O AGEÍSMO ENTRE ESTUDANTES DE MEDICINA

OLD AGE IS NOT A BIOLOGICAL TOTALITY: AGEISM AMONGST MEDICAL STUDENTS

LA VEJEZ NO ES UNA TOTALIDAD BIOLÓGICA: AGEISMO ENTRE ESTUDIANTES DE MEDICINA

Maria Elisa Gonzales Manso¹
Laura Emilia Michelin Gobbo²

Resumo

Ageísmo é a visão negativa e aversão direcionadas à pessoa idosa e traduz estereótipos, preconceito e discriminação. Traz inúmeras repercussões à saúde das pessoas idosas, além de ferir sua dignidade e direitos, colocando barreiras de acesso à serviços. Esta pesquisa teve como objetivo verificar a presença de ageísmo entre estudantes de medicina em um centro universitário localizado na cidade de São Paulo. Foi aplicado o Questionário Palmore, composto por 23 afirmações que buscam identificar estereótipos ageístas. A pesquisa foi feita durante o primeiro semestre de 2022, com a participação de 206 estudantes. Os resultados demonstraram a presença de ageísmo, sendo os estereótipos mais frequentes relacionados à visão da velhice associada à dependência, fragilidade e pobreza. Apesar desta visão predominar, há interpretações positivas sobre o envelhecer, o que mostra compreensão sobre as diversas possibilidades da velhice.

Palavras-chave: Etarismo. Estudantes de Medicina. Currículo. Direitos Humanos.

Abstract

Ageism is the negative view and aversion directed at the elderly being related to stereotypes, prejudice and discrimination. It causes numerous repercussions to the health of the elderly, hurts their dignity and rights and creates barriers to their access to social services. This research aimed to verify the presence of ageism among medical students in a university center located in the city of São Paulo. The Palmore Questionnaire was applied, consisting of 23 statements seeking to identify ageist stereotypes. The survey was carried out during the first semester of 2022, with 206 participating students. The results demonstrated the presence of ageism, with the most frequent stereotypes being related to the view that old age is associated with dependence, fragility and poverty. Despite this view prevailing, there are positive interpretations about aging, showing an understanding about the different possibilities of old age.

Keywords: Ageism. Students, Medical. Curriculum. Human Rights.

Resumen

El ageísmo es la visión negativa y aversión dirigida a las personas mayores y traduce estereotipos, prejuicios y discriminación. Tiene numerosas repercusiones en la salud de estas personas, además de lesionar su dignidad y derechos, creando barreras para el acceso a los servicios. Esta investigación tuvo como objetivo verificar la presencia de ageísmo entre estudiantes de medicina en un centro universitario ubicado en la ciudad de São Paulo. Se aplicó el Cuestionario de Palmore, que consta de 23 enunciados que buscan identificar estereotipos de edad. La encuesta se realizó durante el primer semestre de 2022, con la participación de 206 estudiantes. Los resultados demostraron la presencia de ageísmo, siendo los estereotipos más frecuentes relacionados con la visión de la vejez asociados a la dependencia, fragilidad y pobreza. A pesar de esta visión, existen interpretaciones positivas sobre el envejecimiento, lo que demuestra comprensión sobre las diferentes posibilidades que trae la vejez.

Palabras clave: Ageísmo. Estudiantes de Medicina. Currículo. Derechos Humanos

INTRODUÇÃO

¹Doutora em Ciências Sociais e pós-doutora em Gerontologia Social pela PUC-SP. Mestre em Gerontologia Social. Médica. Professora titular curso de medicina Centro Universitário São Camilo. E-mail: mansomeg@hotmail.com
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5446-233X>

²Discente do curso de medicina do Centro Universitário São Camilo. E-mail: laura.gobbo@aluno.saocamilo-sp.br
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7172-372X>

O ageísmo é a visão negativa e aversão direcionada às pessoas idosas, construído e introduzido por Robert Butler (1969), gerontólogo, no artigo *Age-ism: another form of bigotry*. Traduz o preconceito etário contra a pessoa idosa que se estabelece através de três dimensões interrelacionadas: estereótipos, preconceito e discriminação (MANSO et al., 2021; WHO, 2021a)

Estereótipos são interpretações culturalmente construídas que se mantêm no senso comum através de códigos, tradições e posições sociais, reproduzindo-se, o que possibilita o estabelecimento de uma cosmovisão. Esta visão, dada por meio de crenças pré-formadas, coletivamente compartilhadas e independentes do observado no mundo real, levam a categorizações e estigmatizações de grupamentos humanos pautadas em atributos, características ou traços que são a estes imputadas, mediante critérios tais como idade, gênero, orientação sexual, filiação religiosa, dentre outros. A partir dos estereótipos, nem sempre negativos, estabelecem-se generalizações que distinguem grupos sociais, que são homogêneos, e influenciam condutas e comportamentos (MOSCOVICI, 2009).

Estereótipos associados à juízos de valores pré-concebidos, ambos negativos, se traduzem em preconceito e em discriminação, que se exteriorizam por meio de normas sociais implícitas, atitudes e práticas. Estas representações adquirem vida própria nas coletividades ao se reproduzirem, se extinguirem ou dando origem a novas, sempre influenciando comportamentos individuais e/ou coletivos (TEIXEIRA; SOUZA; MAIA, 2018; MOSCOVICI, 2009).

Atitudes ageístas contra a pessoa idosa podem manifestar-se na sociedade como estereótipos, que tornam o grupo etário homogêneo e o relacionam a traços negativos tais como doenças e improdutividade; e/ou preconceito, na forma de comportamentos depreciativos ou de piedade, incluindo a paternalização; e/ou atitudes discriminatórias (MELLO; LOPES; MANSO; MORILLA, 2021).

O ageísmo pode, além do mais, aparecer de maneira institucional, interpessoal e autodirigida. A primeira se refere às leis, políticas, regras e normas, explícitas e/ou implícitas, que prejudicam a pessoa idosa; já a segunda acontece no âmbito das relações sociais e se caracteriza pelo desrespeito e por ferir a dignidade e direitos das pessoas deste segmento etário. O ageísmo autodirigido, por sua vez, trata da internalização do preconceito pela própria pessoa (MANSO et al., 2021).

É fenômeno que ocorre em todas as esferas da convivência social, surgindo no trabalho desde o momento do recrutamento até a demissão e/ou aposentadoria; ao escolher inquilinos,

por pressupor que as pessoas mais jovens trocam de residência mais rapidamente do que as pessoas idosas; na tecnologia, partindo do estereótipo de que as pessoas idosas não são capazes de aprender ou de se adaptar aos novos meios de comunicação; além de ser frequente nas áreas da saúde, educação e setor financeiro, onde colocam obstáculos ao acesso a serviços. Também se apresenta em interseccionalidade com o sexismo, racismo e capacitismo (WHO, 2021b; COX, 2020).

Considerado como violência simbólica, aquela que é exercida através de estereótipos de gênero e etários, encontra-se cada vez mais disseminado na América Latina e Caribe, relacionando-se com atitudes culturais de desprezo para com os mais velhos, ancoradas em representações da velhice como improdutiva, dependente e infantilizada. Atualmente, além do mais, há a construção de um novo discurso, no qual as pessoas idosas devem se manter jovens, isto é, reforça-se a visão de que ser uma “pessoa idosa jovem” trará felicidade, sem se considerar o que é o envelhecer em países com elevada violência estrutural e imensas desigualdades. Transforma-se, assim, a idade em um bem de consumo; “o antienvelhecimento”, o que acentua a velhice como algo indesejado (MANSO; LOPES, 2018; CEPAL, 2016).

O ageísmo não é um fenômeno inédito, mas se encontra naturalizado e integrado à dinâmica da sociedade, como demonstra Azaloa (2012), em estudo realizado no México, que destaca que é tipo de violência não reconhecível como tal. No Brasil, ressalta-se a forma como as mídias brasileiras tratam da pessoa idosa. Esta é mostrada, com frequência como dependente, incapaz, infantilizada, teimosa, pouco afeita às tecnologias e às mudanças sociais, sem analisar as questões sociais e culturais que permeiam o envelhecer no Brasil (MANSO; MELLO; LOPES, 2018).

Tal comportamento externalizou-se sobremaneira quando do início da pandemia da COVID-19. Neste período, observou-se discriminação etária pelos governos e sociedade, como destacam Manso *et al.* (2021). Os autores ressaltam que a homogeneização do grupo etário idoso, a visão de que apenas algumas vidas importam, o descaso para com as instituições de longa permanência, além de sugestões eticamente questionáveis surgiram e se reproduziram dentro de um discurso no qual se confrontavam estereótipos e fatos científicos, amplificados pelas mídias e redes sociais.

As representações negativas sobre o envelhecer fazem com que a velhice não seja desejada. Pesquisa realizada com moradores italianos, a fim de identificar estereótipos ageístas, encontrou ansiedade e desconhecimento em relação ao envelhecimento, principalmente entre as mulheres (DONIZZETTI, 2019). Outro estudo, realizado no Brasil,

verificou que o envelhecer é tido como um período de adoecimento e dependência (SBGG, 2018).

Para a Organização Mundial da Saúde, OMS, o ageísmo traz consequências graves por ferir os direitos humanos e o bem-estar das pessoas idosas por piorar sua saúde física e mental, aumentar o isolamento social, inibir a expressão da sexualidade e elevar o risco de violência e abuso (WHO, 2012a; 2021b). A incorporação de estereótipos negativos afeta a resposta emocional ao estresse (AYALON, 2020); causa ansiedade e percepção de ser um fardo para a sociedade (COHN-SCHWARTZ; AYALON, 2020); depressão, má qualidade do sono e redução de atividade física e de estímulos cognitivos (SEPÚLVEDA-LOYOLA et al., 2020).

Por afetar a autoestima e a autopercepção, associa-se a um senso de inutilidade e ao auto-ageísmo, fatores que tornam as pessoas idosas mais isoladas e pioram a disfunção cognitiva, outras doenças neurológicas, enfermidades mentais e afecções cardíacas, estando associado à maior mortalidade (AYALON, 2020; BROOKE; JACKSON, 2020).

Estas considerações, importantes por si só, amplificam-se pelo aumento gradual e inédito da expectativa de vida na população mundial. Segundo a OMS, até 2030, uma a cada cinco pessoas terá 60 anos ou mais. A população brasileira, em 2010, era composta por 7,32% de indivíduos com 65 anos ou mais, com projeção para 2021 e 2060, respectivamente, de 10,15% e 25,49% de pessoas nessa faixa etária. O ritmo de crescimento aponta que, em 2025, o Brasil será o sexto país com o maior contingente populacional de idosos (IBGE, 2021; WHO, 2017).

O contexto demonstra a importância do estabelecimento de políticas públicas relacionadas ao preconceito de idade. Em resposta, a OMS lança o “Relatório Mundial sobre o Ageísmo” (WHO, 2021a) com o objetivo de informar a população e pontuar estratégias eficazes para redução e eliminação do ageísmo e instaura a Década do Envelhecimento Saudável, compreendida entre 2021 e 2030 (WHO, 2021c). Além do que, as Sociedades Francesa de Geriatria e Gerontologia e Europeia de Medicina Geriátrica lançaram a campanha “Old Lives Matter” (SBGG, 2020).

No Brasil, um projeto para a instituição do Dia Nacional de Combate ao Ageísmo está sendo discutido pela Câmara Federal dos Deputados (AGÊNCIA NACIONAL DE NOTÍCIAS, 2021). Segundo Chonody (2015), a disseminação do conhecimento sobre o tema, com desconstrução dos estereótipos, é o ponto inicial para o combate ao ageísmo.

Em consonância, a legislação brasileira, por meio do Estatuto da Pessoa Idosa (LEI nº 10.741, 2003) e da Política Nacional da Pessoa Idosa (LEI nº 2.528, 2006), institui que os

currículos de educação formal incluam conteúdos relacionados “ao processo de envelhecimento, ao respeito e à valorização do idoso, de forma a eliminar o preconceito e a produzir conhecimento sobre a matéria” (LEI nº 10.741, 2003, Cap. 5, Art. 22).

No que se refere aos cursos de formação na área da saúde, o comportamento profissional ageísta se traduz tanto em subdiagnósticos/subtratamentos- por atribuir queixas à própria idade e não a problemas psíquicos ou físicos - quanto em sobrediagnósticos/sobretatamentos e paternalização, o que gera reduzida disposição em ouvir a pessoa, comprometimento da qualidade da comunicação e falhas na prestação do cuidado, caracterizando violência institucional (AYALON et al., 2021; BARRETT; MICHAEL; PADAVIC, 2020).

Portanto, é fundamental que o construto seja amplamente abordado em conteúdos curriculares e extracurriculares, no âmbito teórico e prático, a fim de intervir efetivamente contra o ageísmo, o que se refletirá na prática diária dos profissionais que irão deparar-se com a ascendente e expressiva população idosa durante as próximas décadas (CESARI; PROIETTI, 2020; WHO, 2021b).

Há várias pesquisas que tratam da presença de ageísmo entre estudantes e profissionais de saúde (GARCIA, 2021; SENGER, 2020; COSTA; MOESH, 2016; NEVILLE; DICKIE, 2014; KOCH et al., 2007; CERRI; BOLZANI, 2004), porém, nenhuma pesquisa foi feita, até o presente momento, sobre a presença de preconceito etário entre estudantes de medicina em nosso país. Tendo o exposto como norte, propôs-se o presente estudo, o qual teve como objetivo verificar a presença de ageísmo entre estudantes de medicina em uma instituição de ensino superior localizada na cidade de São Paulo.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de pesquisa exploratória, transversal, desenvolvida durante o primeiro semestre de 2022, com estudantes de um curso de medicina vinculado a um Centro Universitário localizado na cidade de São Paulo. Participaram estudantes regularmente matriculados/as, do 1º ao 8º semestres, com idade igual ou superior a 18 anos completos na data de sua participação. Excluíram-se estudantes menores de idade, de outros cursos oferecidos pela instituição e aqueles/as que não concordaram em participar ou não assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os/as alunos foram convidados a participar tanto por *e-mail* institucional, com auxílio da coordenação do curso, quanto mediante as mídias sociais de mensagens instantâneas das

pesquisadoras por meio da técnica de *snowball*, em que cada participante é estimulado/a a convidar amigos/as de sua rede social *online*. Como vantagens da técnica está a manutenção do anonimato, bem como a diminuição da interferência do/a pesquisador/a nas respostas ao questionário (VINUTO, 2014).

O instrumento de coleta de dados, Questionário Palmore (2011), adaptado e validado para o Brasil por Cerri e Bolzani (2004), foi aplicado no formato eletrônico (*Google Forms*®). Organizado em 23 afirmações para as quais o/a respondente deve sinalizar se são verdadeiras (V) ou falsas (F), foi projetado para abranger estereótipos e equívocos físicos, mentais e sociais sobre o envelhecimento.

Cabe destacar que ocorreu a necessidade de atualizar dois valores: (i) na questão 14 alterou-se o percentual de pessoas idosas na população brasileira, atualizando-a para o ano de 2021, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2021) e (ii) na questão 16, foi corrigido o valor do salário-mínimo brasileiro para o relativo ao ano de 2021 (MEDIDA PROVISÓRIA nº 1.021, 2020), porém, como ressaltam os estudos, os valores em si não são importantes, mas sim as representações que as afirmações traduzem (GARCIA, 2021; KOCH et al., 2007).

Os dados coletados foram colocados em planilhas de *Excel* e tratados estatisticamente pelo programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS®). As respostas foram analisadas segundo rubrica dos próprios desenvolvedores do questionário. A fim de verificar se ocorreu associação entre acertos nas afirmações do Questionário Palmore com relação a idade e semestre de estudo do aluno, foi utilizado o teste Qui-Quadrado ou teste exato de Fisher (F), quando necessário. Para todos os testes foi considerado um nível de significância de 5%.

O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição conforme parecer de número 5.266.371.

RESULTADOS

Participaram da pesquisa 206 estudantes de medicina do 1º ao 8º semestres. Ressalta-se que o curso em tela é dividido em ciclo básico, composto pelo 1º ao 4º semestres, e ciclo clínico, que inclui do 5º ao 8º semestres; sendo que se pode evidenciar que 116 alunos/as (56,30%) se encontravam no primeiro e 90 (43,70%) no segundo ciclo, estando todos os semestres representados. A média etária destes/as participantes foi de 21,6 anos, com um mínimo de 18 e máximo de 41 anos, e 116 alunos/as (56,3%) tinham acima de 20 anos de idade.

Todos os/as alunos/as responderam a todas as 23 questões, apresentadas no Quadro 1 quanto à porcentagem de acertos e não-acertos frente a rubrica do instrumento e, no Gráfico 1, ordenadas em ordem decrescente de acertos. A média de acertos por aluno foi de 13,8 afirmações, com um máximo de 20 e um mínimo de sete.

Quando analisadas as questões segundo o semestre cursado, observou-se que, para as questões de número um (Q1- Todos os cinco sentidos tendem a declinar com a idade) e nove (Q9- O tempo de reação da maioria dos/as idosos/as tende a ser mais lento que o tempo de reação as pessoas mais jovens), os/as alunos/as têm um alto percentual de acerto nos 1º e 2º semestres, decaindo do 3º ao 5º e volta a aumentar nos últimos semestres ($p=0,036$ e $p=0,033$, respectivamente).

Já quanto à faixa etária, alunos/as com mais de 20 anos tiveram maior percentual de acerto na questão 21 (Q 21- A maioria dos/as idosos/as não tem interesse ou capacidade para se relacionar sexualmente), com $p=0,004$.

ANÁLISES

Há muito se discute sobre a formação médica e o envelhecer. Autores/as ressaltam que a graduação médica, desde o século XVIII, mas com maior ênfase após o Relatório Flexner de 1910, volta-se para o estudo das doenças e se esquece das pessoas. Assim, nasce a medicina ocidental moderna a partir de um modelo biomédico e medicalizante, pautado na anatomia, fisiologia, patologia, epidemiologia, bacteriologia, com pouca preocupação com o ser que padece de algum sofrimento.

As questões de ordem social são relevadas a segundo plano e a desresponsabilização para com quem adoece passa a preponderar. A medicina dirige-se para o estudo majoritário dos corpos das crianças, mulheres e adultos jovens, resultado da medicalização crescente, da necessidade de docilização dos corpos e da exigência de manutenção da saúde dos trabalhadores (MANSO, 2015; LE BRETON, 2012; TESSER, 2007; CAPRARA; RODRIGUES, 2004; CAMARGO-JUNIOR, 2003; FOUCAULT, 2001).

Quadro 1- Distribuição frequência de acertos e não-acertos para as afirmações, Questionário Palmore, alunos/as participantes, São Paulo, 2022

	Acerto	Não acerto
--	--------	------------

	n	%	n	%
Q1- Todos os cinco sentidos tendem a declinar...	115	55,80	91	44,20
Q2- Pelo menos 20% dos idosos brasileiros vivem...	52	25,20	154	74,80
Q3- Motoristas idosos sofrem menos acidentes do...	110	53,40	96	46,60
Q4- A maioria dos trabalhadores idosos não...	118	57,30	88	42,70
Q5- Aproximadamente 80% dos idosos é ...	131	63,60	75	36,40
Q6- A maioria dos idosos não muda o seu ponto...	63	30,6	143	69,40
Q7- Idosos normalmente levam mais tempo para...	136	66,00	70	34,00
Q8- É quase impossível para a maioria aprender ...	199	96,60	7	3,40
Q9- O tempo de reação da maioria dos idosos ...	176	85,40	30	14,60
Q10- Em geral, a maioria dos idosos é muito parecida ...	160	77,70	46	22,30
Q11- A maioria dos idosos raramente é chata	125	60,70	81	39,30
Q12- A maioria dos idosos vive socialmente isolada	125	60,70	81	39,30
Q13- Trabalhadores idosos sofrem menos acidentes ...	90	43,70	116	56,30
Q14- Aproximadamente 10,15% da população ...	159	77,20	47	22,80
Q15- A maioria dos agentes de saúde tende a dar ...	73	35,40	133	64,60
Q16- A maioria dos idosos brasileiros vive com aposentadorias ...	2	1,00	204	99,00
Q17- A maioria dos idosos exerce alguma ...	175	85,00	31	15,00
Q18- Idosos tendem a ficar mais religiosos ...	87	42,20	119	57,80
Q19- Idosos tendem a ficar mais religiosos ...	80	38,80	126	61,20
Q20- A força física tende a declinar na velhice	195	94,70	11	5,30
Q21- A maioria dos idosos não tem interesse ou ...	165	80,10	41	19,90
Q22- A maioria dos idosos é senil, tem memória deficiente...	191	92,70	15	7,30
Q23- A capacidade pulmonar tende a declinar ...	167	81,10	39	18,90

Fonte: as autoras

Gráfico 1- Distribuição decrescente da frequência de acertos, Questionário Palmore, alunos/as participantes, São Paulo, 2022



Fonte: as autoras

Groisman (2002) mostra que o modelo biomédico, durante o século XIX e começo do XX, levou à comparação anátomo-histológico-celular entre os corpos, agora passíveis de dissecação, sendo o corpo jovem entendido como o “normal” e as modificações relacionadas ao processo fisiológico do envelhecimento, por tornar tecidos e células diferentes em relação aos jovens, foram associadas ao adoecimento. Desta forma, velhice transmuta-se em doença e assim deve ser estudada, pensamento que resulta, conforme Canguilhem (2011), na sobreposição de saúde com juventude.

Esta formação médica, principalmente após a segunda metade do século XX, mostra-se anacrônica, apesar de ter proporcionado grandes avanços no combate às doenças agudas, ou seja, aquelas que têm uma causa identificável e tratável ou até prevenível. Hoje em dia, devido às mudanças na forma do adoecimento das populações, com predomínio das afecções de saúde mental e das enfermidades crônicas, todas multicausais e que envolvem uma abordagem psicossocial, se impõem mudança do foco na doença para o foco na pessoa, da

busca apenas da cura para a ética do cuidado, sendo este, geralmente, de longa duração (CESARI, PROIETTI, 2020; SENGER, 2020; MANSO, 2015).

O envelhecimento populacional é outro ponto a ser observado. Segundo a Organização Pan-americana de Saúde, OPAS, menos de 15% dos programas de graduação em saúde nas Américas, incluindo medicina, tem envelhecimento e saúde geriátrica em seus currículos de graduação ou pós-graduação, apesar do expressivo número de pessoas idosas no mundo e na região (OPAS, 2019).

Pesquisas mostram que a formação geriátrico-gerontológico no Brasil prima pela falta de diversificação de cenários de prática; não prioriza o trabalho em equipe e na atenção primária em saúde; sobressaindo a atenção à doença. Egressos/as das faculdades, em sua maioria, não conhecem sequer o envelhecimento do ponto de vista biológico, não estão aptos para o reconhecimento das síndromes geriátricas e não têm o entendimento do processo de envelhecer em sua multidimensionalidade, o que pode inclusive acarretar prejuízos para a funcionalidade e autonomia dos idosos. A graduação deficiente eleva o tempo de permanência que a pessoa idosa fica hospitalizada, causa internações frequentes, aumenta os custos sociais e para o sistema de saúde, além de comprometer seriamente a capacidade funcional destas pessoas (CESARI; PROIETTI, 2020; MANSO; VERAS, 2017).

Inúmeras recomendações nacionais e internacionais destacam a importância de os estudantes de medicina terem, durante sua formação, o conhecimento e a prática sobre cuidados primários e comunitários, geriatria, saúde mental e atenção ao final da vida, temáticas transversais ao envelhecimento populacional.

Porém, pesquisas demonstram que boa parte dos futuros médicos não se imagina trabalhando com pessoas idosas e muitos desenvolvem preconceitos durante sua formação, o que resulta em ageísmo e violência institucional. Apesar da resistência, o contato e interação com a pessoa idosa em diferentes cenários durante a graduação é considerado fundamental para o desenvolvimento de atitudes positivas e habilidades voltadas para o atendimento a estas pessoas (CESARI; PROIETTI, 2020; SENGER, 2020; WHO 2019; MANSO, 2017)

Com o contexto exposto, a graduação médica passa a ser modificada, tanto no Brasil quanto no mundo, com a inclusão não só de competências humanísticas e relacionais, indispensáveis para o cuidado de longa duração e o respeito à dignidade e autonomia das pessoas, mas do estudo dos diversos processos etários que modelam a vida.

No Brasil, além da legislação citada, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de medicina destacam que o ensino deve promover a compreensão dos processos fisiológicos dos seres humanos incluindo o envelhecimento e morte, além do entendimento dos

determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, individuais e coletivos, do processo saúde-doença. Há também a necessidade de os futuros médicos terem conhecimentos, vivências e reflexões sistematizadas acerca dos direitos humanos, todos temas transversais à saúde da pessoa idosa (CNES, 2014).

A visão que os profissionais médicos adquirem durante sua graduação sobre a pessoa idosa, caso esteja permeada pelo ageísmo, pode afetar, como mencionado, a maneira como prestarão assistência a estas pessoas. Analisando-se as respostas do grupo de alunos/as participantes do estudo, verifica-se que a maioria dos acertos se referem às afirmações que tratam de decréscimos físicos no envelhecer, estando grande parte das respostas incorretas relacionadas à inserção da pessoa idosa na sociedade ou a aspectos psíquicos.

Conforme mencionado, a medicina vivenciou/vivencia o processo de envelhecimento como enfermidade ao contrastar os corpos jovens com os de pessoas idosas, portanto não é estranho que estes/as alunos/as tenham contato durante sua graduação predominantemente com as perdas advindas do envelhecer e que tenham a visão da velhice como um momento de declínio generalizado.

O ageísmo se encontra ligado à visão de que a velhice é necessariamente uma fase de declínios cognitivos acentuados e doenças físicas, o que faz com que o segmento etário idoso passa a ser tratado como um grupo homogêneo, aplicando-se atributos de fragilidade e dependência a toda pessoa idosa (AYALON, 2020; COLENDIA et al., 2020).

Esta observação é corroborada pela associação encontrada entre o semestre cursado e as afirmações do Questionário Palmore: nos primeiros semestres, os/as alunos/as do curso estudam fisiologia, sendo apresentados às perdas funcionais decorrentes do processo do envelhecer e, nos últimos, têm contato com a especialidade médica Geriatria, tanto teórica quanto prática.

Assim, são nestes extremos que o envelhecer surge para estes/as graduandos/as tanto como declínio físico progressivo quanto afetado por doenças degenerativas, inclusive na experiência prática, onde os/as estudantes acabam por ter contato com pessoas idosas debilitadas e enfermas, reforçando-se estereótipos.

A literatura ressalta que estereótipos negativos sobre as pessoas idosas são perpetuados entre os profissionais de saúde pela sua própria formação, já que os/as alunos/as são expostos/as somente a idosos/as muito doentes, o que intensifica a associação de fragilidade com o envelhecer. Além disto, na formação dos/as profissionais de saúde frequentemente conceitos gerontológicos são ignorados, fato que ocorre no mundo todo

(BARRETT; MICHAEL; PADAVIC, 2021; CESARI; PROIETTI, 2020; FRASER et al., 2020; REYNOLDS, 2020; SENGER, 2019).

Daí a importância de projetos realizados na comunidade, onde os graduandos/as podem, por meio de convívio e trocas intergeracionais com pessoas idosas que estão fora do ambiente do ambulatório médico ou dos hospitais, modificar esta visão, vivenciando outras possibilidades de envelhecer (MANSO; GIMENEZ, 2021)

Observando-se o número de alunos/as que não acertaram as questões de número dois (Q2-Pelo menos 20% dos idosos brasileiros vivem há muito tempo em instituições como hospitais, casas de repouso, asilos etc.) e seis (Q6-A maioria dos idosos não muda o seu ponto de vista, sua maneira de pensar ou de agir facilmente), percebe-se novamente a associação entre fragilidade e envelhecimento. Assim, a grande maioria dos/as alunos/as afirma que quase um quarto da população idosa está institucionalizada, envelhecendo com perda da independência e/ou autonomia.

O fato de a grande maioria dos/as alunos/as ver a pessoa idosa como teimosa e intransigente, reflete estereótipo frequentemente reforçado pela mídia. Apesar desse grupo ter uma tendência a ter atitudes mais estáveis, baseadas em suas experiências de vida, não significa que há uma imutabilidade, pois as pessoas idosas continuam a passar por eventos importantes, como aposentadoria, viuvez, novos relacionamentos etc. e são capazes de alterar sua opinião e atitudes, tendo propósitos de vida e ressignificando-se como sujeitos (BROOKE; JACKSON, 2020; D'CRUZ; BANERJEE, 2020; FRASER et al., 2020).

Simkins (2007) encontrou, em pesquisa com um grupo de médicos e enfermeiros, que estes/as preferem pacientes mais jovens aos mais velhos, posto que os primeiros são mais produtivos e têm maior expectativa de vida saudável, pensamento que se exteriorizou de várias formas durante a pandemia de COVID-19 (MANSO *et al*, 2021).

Ayaloan et al. (2020) destacam que estes discursos coincidem com uma visão de que toda pessoa acima de 60 anos é igualmente frágil e incapaz, estereótipo reforçado pela mídia e redes sociais, pensamento que despreza dados científicos que demonstram a heterogeneidade do grupo idoso, que difere em suas origens culturais, genéticas e histórias de vida e saúde. Os autores evidenciam que a ciência já provou que o envelhecer é altamente diversificado e dependente do contexto e que incontáveis idosos/as realizam contribuições importantes para a sociedade.

Voltando à Q2, deve-se ressaltar que em 2010 havia 117 mil pessoas idosas em domicílios coletivos, ou seja, 0,6% deste segmento etário, número muito inferior a 20%. A literatura ressalva que a institucionalização ainda é, para uma grande parte da sociedade,

interpretada como não só como perda de independência, mas tendo significado de pobreza, um local para abrigar pessoas idosas à espera do tempo de morrer (CAMARANO; BARBOSA, 2016).

A associação do envelhecer com a pobreza aparece como sendo o estereótipo mais frequente entre estes/as alunos/as, já que a questão com maior número de respostas incorretas referiu-se à aposentadoria (Q16- A maioria dos/as idosos/as brasileiros/as vive com aposentadorias muito baixas, aproximadamente um salário-mínimo).

Dados levantados pela Fundação Getúlio Vargas, FGV, evidenciam que 17,44% dos 5% dos brasileiros mais ricos são pessoas acima de 60 anos, enquanto este grupo etário somente representa 1,67% dos 5% mais pobres, dados levantados durante 2020. A pesquisa também demonstrou que 15,54% da população idosa pertence ao estrato social AB, 13,07% ao estrato C, 4,71% ao D e 1,4% destas pessoas se encontram no E (NERI, 2020). Nota-se que, contrário senso, a pobreza não é relacionada à idade e sim as desigualdades sociais cumulativas que permeiam o país.

Porém, independentemente do valor, esta afirmação traduz a percepção do senso comum de que o envelhecimento está associado com uma perda de *status* financeiro e social trazido pela aposentadoria, constituindo-se em um dos motivos mais citados pela literatura relacionados ao medo do envelhecer (CILB, 2015).

Vale ressaltar que, nos últimos anos, aumentou, no Brasil, o número de pessoas idosas que são os principais responsáveis pelas despesas da família (aluguel, condomínio etc.), além do que é sabido que várias pessoas acima de 60 anos continuam a participar da força de trabalho, tanto no mercado formal, quanto no informal (trabalho doméstico e atividades autônomas), especialmente nos países em desenvolvimento (CILB, 2015).

As políticas públicas brasileiras voltadas para a pessoa idosa pautam-se na noção de equidade, a qual se materializa através de ações de discriminação positiva; destarte, há priorização legal e formal destas pessoas em determinadas circunstâncias, garantindo-se assim seus direitos e considerando suas necessidades.

Entretanto, a Q15 (A maioria dos agentes de saúde tende a dar pouca prioridade aos idosos) do instrumento aqui aplicado se refere à priorização material, isto é, não basta somente colocar a pessoa idosa na frente das demais pessoas para atendimento, como exemplo, o que constitui prioridade formal, mas sim considerar efetivamente suas queixas, sintomas e necessidades, caracterizando prioridade material.

Este é um ponto importante ressaltado pela literatura conforme demonstram inúmeras pesquisas, as quais relatam que frequentemente as queixas das pessoas idosas são

subestimadas e/ou sua sintomatologia associada automaticamente ao envelhecimento, ficando sem tratamento. Assim, a dor e a tristeza tendem a ser consideradas normais da idade (MELLO; LOPES; MANSO; MORILLA, 2021; HUANG; LIANG; SHYU, 2014).

A presença de ageísmo interfere na forma com que o profissional de saúde entende o envelhecer, assim, atribuir à própria idade sintomas tais como tristeza e dor, pode dificultar o reconhecimento de processos patológicos em pessoas mais velhas. A associação entre idade com dependência e fragilidade pode ainda levar à paternalização, o que fere a autonomia da pessoa idosa e propicia desrespeito à suas vontades, traduzindo estereótipo de que as pessoas mais velhas não são capazes de se valer por si próprias (WHO 2019; 2016). Todas as formas de ageísmo nada mais são do que barreiras ao acesso à serviços e cuidados (D'CRUZ; BANERJEE, 2020; TYRRELL; WILLIAMS, 2020).

Para estes/as estudantes a priorização material se confunde com a formal, daí a porcentagem de respostas errôneas. Destaca-se que, apesar de não ser estatisticamente significativa, a maior porcentagem de acertos a esta questão, Q15, ocorreu nos semestres mais avançados do curso, onde os estudantes têm mais contato com o atendimento de pessoas idosas, o que parece demonstrar vivências negativas por parte dos/as educandos/as, que reconhecem que suas queixas não são consideradas em sua plenitude, o que corrobora o encontrado na literatura e demonstra a preocupação destes alunos/as.

Convém destacar que as duas últimas questões que tiveram mais de 50% de não-acertos dizem respeito à questão religiosa (Q18 - Idosos tendem a ficar mais religiosos com o passar da idade e Q19 - Idosos tendem a ficar mais religiosos com o passar do tempo), as quais sugerem que pessoas idosas seriam mais religiosas do que os/as jovens e que, com o passar dos anos, a religiosidade tende a aumentar. Estas afirmações não são verdadeiras, apesar do senso comum relacionar idade com religiosidade, tida como uma forma de enfrentamento do adoecer e da morte (CÔRTE, 2020).

O próprio Palmore, ao elaborar o questionário, definiu religiosidade como um conjunto de atributos relacionados a uma crença ou espiritualidade e que trata da relação entre a humanidade e um ser ou força superior. Para o autor, a religiosidade não se relaciona com a idade nem com o envelhecer, o que é confirmado por inúmeras outras pesquisas, as quais, inclusive, mostram um efeito contrário: a religiosidade diminuiria com o passar dos anos (KOCH FILHO et al., 2007; FARIA; SEIDL, 2005; NERI, 2005).

Percebe-se, portanto, a presença de vários estereótipos ageístas neste grupo de alunos/as, principalmente relacionados à associação da velhice com dependência, fragilidade,

pobreza, religiosidade, além da naturalização referente às perdas na velhice e à não priorização na atenção.

A literatura ressalta que profissionais com atitudes ageístas tendem a classificar as pessoas idosas como inflexíveis, solitários/as, religiosos/as, improdutivos/as, doentes, depressivos/as, senis, frágeis e sem energia (NUSSBAUM et al., 2005); sendo que médicos/as, quando em situações de agenda lotada, pendem a dedicar menos tempo aos/as pacientes mais velhos/as, além de atribuir queixas à própria idade (IVERSEN; LARSEN; SOLEM, 2009). Estes comportamento podem levar à negligência e à prestação de menos cuidados (GARCIA, 2021; CESARI; PROIETTI, 2020).

Porém, há pontos positivos e até contraditórios nas respostas encontradas neste estudo e que devem ser destacados. Para estes/as alunos/as, a velhice não se relaciona com a impossibilidade de aprendizagem, como se observa na resposta dada à Q8 (É quase impossível para a maioria dos idosos aprender algo novo), afirmação com maior número de acertos. A aprendizagem contínua é um dos pilares de um envelhecimento ativo e saudável e atualmente sabe-se que o cérebro tem a capacidade de aprender e crescer à medida que se envelhece, um processo chamado de plasticidade cerebral. Portanto, a visão de que a velhice estaria inexoravelmente associada à perda de neurônios e atrofia cerebral não mais procede (MANSO, 2018).

Também se destacam as respostas acertadas sobre o exercício da sexualidade no envelhecer (Q 21- A maioria dos idosos não tem interesse ou capacidade para se relacionar sexualmente), principalmente no grupo de estudantes com idade acima de 20 anos. Sexualidade é um processo natural que atende tanto necessidade fisiológica quanto emocional, manifestando-se diferentemente ao longo da vida, e que transcende o ato sexual em si.

Cada pessoa a vivencia de acordo com sua história de vida, embora sujeita a normas, valores e regras socio-historicamente construídas. Para a pessoa idosa, seu exercício contribui para a melhora da qualidade de vida, porém, ainda se encontra envolto em mitos, tabus e desinformação (BRITO et al., 2016). Pesquisas demonstram que os/as profissionais da saúde ainda não estão livres de preconceitos e julgamentos sobre sexualidade na velhice, sendo necessário desconstruir os estereótipos (GATTI; PINTO, 2019).

O fato destes/as estudantes entenderem que a idade não se relaciona com assexualidade mostra-se como um ganho importante para a atenção à saúde das pessoas idosas. Não se encontrou, entretanto, nenhuma pesquisa que explique ou valide a distribuição etária aqui apresentada.

Como contradição apresenta-se a Q5 (Aproximadamente 80% dos idosos é saudável o suficiente para exercer as suas atividades normais), cuja percentagem de acertos vai contra as repostas dadas pelo grupo sobre as debilidades e fragilidades das pessoas idosas, o que evidencia que o grupo reconhece outras possibilidades para o envelhecer. Pesquisas explicitam que as pessoas idosas no Brasil permanecem ativas até mesmo após os 80 anos de idade (SOUZA; LIMA; CÉSAR; BARROS, 2018; CILB, 2015).

Esta observação é reforçada pelas repostas dadas às questões Q10 (Em geral, a maioria dos idosos é muito parecida em suas atividades e modo de agir), Q11 (A maioria dos idosos raramente é chata), Q12 (A maioria dos idosos vive socialmente isolada), Q17 (A maioria dos idosos exerce alguma atividade ou gostaria de exercer alguma ocupação, incluindo trabalhos de casa e voluntariado) e Q21 (A maioria dos idosos é senil, tem memória deficiente, são desorientados ou dementes), que traduzem uma percepção menos fragilizada e heterogênea sobre a pessoa idosa.

Uma das questões postas pela presença de ageísmo é a homogeneização das pessoas idosas. Como destaca a *Asociación Latinoamericana de Gerontología Comunitaria*, ALGEC, (2018), ao comentar sobre o envelhecimento chileno, com palavras que podem traduzir o encontrado nesta pesquisa:

Ninguém envelhece da mesma maneira e é por isso que **a tendência a homogeneizar a velhice e o envelhecimento tende a ser ameaçadora às exigências que o processo está colocando em evidência em nossa sociedade** e, especialmente, em matéria de políticas públicas. **A velhice não é só crescimento, ou apenas declínio**, nem é primeiro crescimento e depois declínio, **é o crescimento e declínio ao mesmo tempo** e é nessa dialética que temos de procurar respostas, tentando distinguir sistematicamente critérios e formas que respondam à heterogeneidade, singularidade e diversidade das experiências de vida com as quais teremos de trabalhar. (ALGEC, 2018, página internet, grifo das pesquisadoras)

Acredita-se que a pesquisa atingiu seu objetivo. Como limitações ao estudo pode-se apontar a própria amostra pesquisada, a qual não necessariamente traduz a realidade entre estudantes de medicina no Brasil. Como potencialidades, trata-se de pesquisa inédita em nosso meio e que pode contribuir para a melhoria da formação médica e dos/as demais profissionais de saúde no que tange à assistência à pessoa idosa. Como contribuições para futuras pesquisas, indica-se o próprio tema, pouco estudado no nosso país.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Encontrou-se a presença de ageísmo neste grupo de estudantes de medicina vinculados a um curso na cidade de São Paulo. Os estereótipos mais frequentes foram a associação da velhice com dependência, fragilidade, pobreza, religiosidade, além da naturalização referente às perdas na velhice. Estes estudantes mostraram preocupação com a não priorização de queixas na atenção à saúde da pessoa idosa, principalmente em semestres onde estão mais expostos a estas situações.

Ressalta-se, entretanto, a visão positiva sobre a sexualidade na velhice, principalmente entre estudantes mais velhos, bem como visões positivas sobre o envelhecer, o que demonstra compreensão sobre as diversas possibilidades da velhice.

Aliar o conhecimento científico às humanidades, contextualizando as diversidades do envelhecer, além do convívio com pessoas idosas fora do ambiente de atenção à saúde se mostra necessário para estes estudantes, fato que pode modificar a visão ainda predominante que associa a velhice a uma etapa da vida dominada por doenças e perdas.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA CÂMARA DE NOTÍCIAS. **Comissão debaterá criação do Dia Nacional de Combate ao Ageísmo**. 2021 Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/741531-comissao-debatera-criacao-do-dia-nacional-de-combate-ao-ageismo>. Acesso em 24 out. 2021

ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA DE GERONTOLOGIA COMUNITÁRIA. ALGEC. **A importância de não se generalizar a velhice e o envelhecimento**. 2018. Disponível em: <https://www.portaldoenvelhecimento.com.br/a-importancia-de-nao-se-generalizar-a-velhice-e-o-envelhecimento/>. Acesso em 27 nov. 2022

AYALON, L et al. Aging in Times of the COVID-19 Pandemic: Avoiding Ageism and Fostering Intergenerational Solidarity. **Journals of Gerontology: Psychological Sciences**. v.76, n.2, 2021

AYALON, L. There is nothing new under the sun: Ageism and intergenerational tension in the age of the COVID-19 outbreak. **International Psychogeriatrics**. v.32, n.10, p.1221–24, 2020

AZAOLA, E. La violencia de hoy, las violencias de siempre. **Desacatos**.v.40, p.13-32, 2012.

BARRETT, AE; MICHAEL, C; PADAVIC, I. Calculated Ageism: Generational Sacrifice as a Response to the COVID-19 Pandemic. **Oxford University Press on behalf of The Gerontological Society of America**. v.76, n.4, p.201-05, 2020

BRASIL. Conselho Nacional De Educação. Câmara Educação Superior. **Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina**. Parecer CNE/CES n.116/2014. Brasília: CNES; 2014.

BRASIL. Lei nº10.741 de 1º de outubro de 2003. **Dispõe o Estatuto do Idoso e dá outras providências.** Brasília, DF: Poder Executivo, 2003.

BRASIL. Lei nº2.528 de 19 de outubro de 2006. **Aprova a Política Nacional da Pessoa Idosa.** Brasília, DF: Poder Executivo, 2006.

BRASIL. Medida provisória nº1.021 de 30 de dezembro de 2020. **Dispõe sobre o valor do salário-mínimo a vigorar a partir de 1º de janeiro de 2021.** Brasília, DF: Poder Executivo; 2020.

BRITO, N. et al. Idosos, infecções sexualmente transmissíveis e aids: conhecimentos e percepção de risco. **Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde.** v. 41, n.3, p.140-145, 2016

BROOKE, J.; JACKSON, D. Older people and COVID-19: Isolation, risk and ageism. **Journal of Clinical Nursing.**v.29, p.2044–2046, 2020

BUTLER, RN. Ageism: Another Form of Bigotry. **The Gerontologist.**v.9, n.4, p.243-46, 1969

CAMARANO, AA; BARBOSA, P. Instituições de longa permanência para idosos no brasil: do que se está falando? In CAMARANO, AA; GIACOMIN, KC. **Política nacional do idoso: velhas e novas questões.** Rio de Janeiro: Ipea, 2016.

CAMARGO, JR., Kenneth Rochel. **Biomedicina, Saber e Ciência: uma abordagem crítica.** São Paulo: HUCITEC, 2003.

CANGUILHEM, G. **O Normal e o Patológico.** Rio De Janeiro: Forense Universitária, 2011.

CAPRARA, A; RODRIGUES, J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. **Ciência & Saúde Coletiva,** v. 9, n.1, p.139-146, 2004.

CENTRO INTERNACIONAL DE LONGEVIDADE BRASIL. **Envelhecimento Ativo: Um Marco Político em Resposta à Revolução da Longevidade.** Rio de Janeiro: 2015

CERRI P, BOLZANI VA. Avaliação do conhecimento do cirurgião-dentista que trabalha na rede de saúde pública de Campinas sobre envelhecimento [Monografia de Especialização]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de Campinas (CCV- Odontologia); 2004.

CESARI, M; PROIETTI, M. COVID-19 in Italy: Ageism and Decision Making in a Pandemic. **Journal of the American Medical Directors Association.** v.21, n.5, p.276-77, 2020

CHONODY, JM. Addressing Ageism in Students: A Systematic Review of the Pedagogical Intervention Literature. **Educational Gerontology.**v.41, n.12, p. 859–8, 2015

COHN-SCHWARTZ, E; AYALON, L. Societal views of older adults as vulnerable and a burden to society during the COVID-19 outbreak: Results from an Israeli nationally representative sample. **Oxford University Press on behalf of The Gerontological Society of America.**v.76, n.7, p.313-17, 2020

COLENDIA, CC et al. COVID-19 Pandemic and Ageism: A Call for Humanitarian Care. **American Journal of Geriatric Psychiatry.**v.28, p.805–807, 2020

COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE. CEPAL. **Envejecimiento e institucionalidad pública en América Latina y el Caribe: conceptos, metodologías y casos prácticos**. Disponível em: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40197/1/S1600435_es.pdf. Acesso em 15 out. 2016

CÔRTE, B. **Idosos tendem a ficar mais religiosos com o passar da idade?** 2020. Disponível em: <https://www.portaldoenvelhecimento.com.br/idosos-tendem-a-ficar-mais-religiosos-com-o-passar-da-idade/>. Acesso em 27 nov. 2022

COSTA JC, MOESCH L. O envelhecimento na perspectiva de estudantes de odontologia: uma análise baseada no “Facts on Aging Quiz” [Trabalho de Conclusão de Curso]. Santa Maria, RS: Universidade Federal de Santa Maria; 2016.

COX, C. Older Adults and Covid 19: Social Justice, Disparities, and Social Work Practice. **Journal of Gerontological Social Work** (pré-print), 2020.

D'CRUZ, M.; BANERJEE, D. An invisible human rights crisis: The marginalization of older adults during the COVID-19 pandemic – An advocacy review. **Psychiatry Research**. v.292: 113369, 2020.

DONIZZETTI, AR. Ageism in an Aging Society: The Role of Knowledge, Anxiety about Aging, and Stereotypes in Young People and Adults. **International Journal of Environmental Research and Public Health**. v,16, n.8, p.1329, 2019

FARIA, JB; SEIDL, EMF. Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença: revisão de literatura. **Psicologia Reflexiva Crítica**. v.18, p. 381-389, 2005

NERI, M. **A ética católica e o espírito da revolução feminina**. 2005. Disponível em: [URL:http://www.fgv.br/cps/religoes/Apresentação/valor.doc](http://www.fgv.br/cps/religoes/Apresentação/valor.doc). Acesso em: 06 jun. 2015

FOUCAULT, M. **A História da Clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2001.

FRASER, S. et al. Ageism and COVID-19: what does our society's response say about us? **Age and Ageing**, v.49: p. 692–695, 2020

GARCIA, ACO. Envelhecimento: considerações a partir do conhecimento entre estudantes de graduação e fonoaudiólogos [Tese de Doutorado]. São Paulo, SP: Pontifícia Universidade Católica de São (PUC-SP); 2021.

GATTI, MC; PINTO, MJC. Velhice ativa: a vivência afetivo-sexual da pessoa idosa. **Vínculo**, v.16, n.2, 2019

GROISMAN, D. A velhice, entre o normal e o patológico. **História ciência saúde-Manguinhos**. v.9, n1, 2002

HUANG, YF; LIANG, J; SHYU, YI. Ageism perceived by the elderly in Taiwan following hip fracture. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, v. 58, n. 1, p. 30-6, 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. **Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação 2021** Disponível em:

<https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html>. Acesso 24 out. 2021.

IVERSEN, TN; LARSEN, L; SOLEM, PE. A conceptual analysis of Ageism. **Nordic Pshychology**. v.61, n.3, p.4-22, 2009

KOCH FILHO, HR et al. Um instrumento de pesquisa para a investigação de informações sobre o envelhecimento humano no brasil: o questionário de Palmore adaptado. **Archives of Oral Research**, v. 3, n. 2, 2007.

LE BRETON, D. **Antropologia do corpo e modernidade**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2012

MANSO, MEG. Construção Ativa do Conhecimento: Experiência em um Centro Universitário de São Paulo, SP. **Revista Graduação USP**, v.2, n.3, p.151-157, 2017

MANSO, MEG. **Plasticidade cerebral: aprendendo à medida que envelhecemos**. 2018. Disponível em: <https://www.portaldoenvelhecimento.com.br/plasticidade-cerebral-aprendendo-a-medida-que-envelhecemos/>. Acesso em 27 nov. 2022

MANSO, MEG. **Saúde e doença: do controle sobre os corpos à perspectiva do adoecido**. São Paulo: Max Limonad, 2015.

MANSO, MEG; GIMENEZ, MM. Programa de extensão saúde da pessoa idosa: a *práxis* na graduação de profissionais de saúde In BARROSO, AES; SILVA, HS; ALCANTARA, AO; FORTUNATO, I (Orgs). **Velhices inéditas, envelhecimento e o estatuto do Idoso: diálogos com Paulo Freire**. Itapetininga: Edições Hipótese, 2021

MANSO, MEG; KIM, BMJ; SILVA, WF; BATICINI B. Ageísmo e COVID-19: revisão integrativa. **Research, Society and Development**. v.10, n.11, e274101119233, 2021

MANSO, MEG; LOPES, RGC. Violência contra a pessoa idosa, com ênfase no gênero feminino. **Pan American Journal of Aging Research**.v.6, n.1, p.29-37, 2018

MANSO, MEG; MELLO, RGR; LOPES, RGC. Mídias digitais e as invisíveis violências contra idosos. **Revista Observatório**. v.4, n.2, p.265-78, 2018

MANSO, MEG; VERAS, ECA. Educação em Gerontologia: a interdisciplinaridade na teoria; mas, e na prática? **Revista Kairós-Gerontologia**, v.20, n.3, p.273-286, 2017

MELLO, IGR; LOPES, RGC; MANSO, MEG; MORILLA, JL. Ageísmo: inter-relação com resiliência e variáveis relacionadas à capacidade funcional em um grupo de idosos. **Revista Kairós-Gerontologia**. v.24, n.1, p.433-453, 2021

MOSCOVICI, S. **Representações sociais: investigações em Psicologia Social**. São Paulo: Vozes, 2009

NERI, M. **Onde estão os idosos? Conhecimento contra a Covid-19**. Disponível em: <https://cps.fgv.br/covidage>. Acesso em 24 jul. 2020

- NEVILLE C, DICKIE R. The evaluation of undergraduate nurses attitudes, perspectives and perceptions toward older people. **Nurse Education Today**. v.34, n.7, p.1074–79, 2014
- NUSSBAUM, J et al. Ageism and ageist language across the life span: intimate relationships and non-intimate interactions. **Journal of Social Issues**, v. 61, n. 2, p. 287-305, maio, 2005.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. OPAS. **Plan of Action on The Health of Older Persons, Including Active and Healthy Aging: Final Report**. Genebra: OPAS, 2019.
- PALMORE, E. The Ageism Survey: First Findings. **The Gerontologist**. v.41, n.5, p. 572-75, 2011
- REYNOLDS, LMA. The COVID-19 Pandemic Exposes Limited Understanding of Ageism. **Journal of Aging & Social Policy**. v.32, n.4–5, p. 499–505, 2020
- SENGER, E. Ageism in medicine a pressing problem. **Canadian Medical Association Journal**. v.191, n.2, p. E55-56, 2020
- SEPÚLVEDA-LOYOLA, W. et al. Impact of Social Isolation Due to COVID-19 on Health in Older People: Mental and Physical Effects and Recommendations. **Journal Nutrition Health Aging**. v.24, n.9, p.938-947, 2020
- SIMKINS, CL. Ageism's influence on health care delivery and nursing practice. **Journal of Student Nursing Research**. v.1, n.1, p.5, 2007
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA. SBGG. **Brasileiros tem medo de envelhecer**. 2018. Disponível em: <https://www.bayerjovens.com.br/pt/materia/?materia=brasileiros-tem-medo-de-envelhecer>. Acesso em 22 fev. 2020
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA. SBGG. **Campanha mundial combate preconceito contra os idosos**. 2020. Disponível em: <https://sbgg.org.br/campanha-mundial-combate-preconceito-contra-os-idosos/>. Acesso em 01 nov. 2021
- SOUSA, NFS; LIMA, MG; CESAR CLG; BARROS, MBA. Envelhecimento ativo: prevalência e diferenças de gênero e idade em estudo de base populacional. **Cadernos Saúde Pública**. v.34, n.11, p.:e00173317, 2018
- TEIXEIRA, SMO; SOUZA, LEC; MAIA, LM. Ageísmo institucionalizado: uma revisão teórica. **Revista Kairós-Gerontologia**. v.21, n.3, p.129-49, 2018.
- TESSER, CD. A verdade na biomedicina, reações adversas e efeitos colaterais: uma reflexão introdutória. **PHYSIS: Revista Saúde Coletiva**, p. 465-484, 2007.
- TYRRELL, CJ; WILLIAMS, KN. The Paradox of Social Distancing: Implications for Older Adults in the Context of COVID-19. **American Psychological Association**. v. 12, n.1, p. 214–216, 2020
- VINUTO, J. Amostragem em Bola de Neve na Pesquisa Qualitativa: Um Debate em Aberto. **Temáticas**. v.22, n.44, p.203-220, 2014

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. **A society is measured by how it cares for its elderly citizens.** Geneve: WHO, 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. **Decade of Healthy Ageing Baseline Report.** Geneva: WHO, 2021c.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. **Global campaign to combat ageism. Global report on ageism.** Genebra: WHO, 2021b.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. **Global strategy and action plan on ageing and health.** Geneva: WHO, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. **Health Workforce for ageing populations.** Geneva: WHO, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. **Informe Mundial Sobre el Edadismo Resumen.** Geneva: WHO, 2021a