Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida

A TERAPIA NÃO ESCOLHE IDADE?

A INFLUÊNCIA DA IDADE DO PSICÓLOGO NA PERCEÇÃO DE CALOROSIDADE, COMPETÊNCIA E INTENÇÃO DE ESCOLHA

NUNO DANIEL MARTINS SERÔDIO

Orientador de Dissertação:

ANA CRISTINA CARVALHO MARTINS

Professor de Seminário de Dissertação:

ANA CRISTINA CARVALHO MARTINS

Dissertação submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:

MESTRE EM PSICOLOGIA CLÍNICA

Especialidade em Psicologia Clínica

2025

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de Ana Cristina Carvalho Martins, apresentada no Ispa – Instituto Universitário para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica

Agradecimentos

Depois de tanto trabalho, nem sei bem o que escrever aqui. Para quem é que estou a escrever isto? Quem é que há de ler, penso eu. Escrever os meus sentimentos não é uma prática rara, mas, normalmente (sempre), ficam para mim. Portanto deixo já no primeiro parágrafo uma desculpa para que, a quem este sentimento seja dirigido e esteja a ler, não se chateie por não ter os agradecimentos que merece. É mais fácil escrever na agenda (nome adulto para "diário")… Mas, bom, começar pelo que me lembro…

Primeiro a ti, Pedro Lucas: eu não acho que uma ajuda tenha de ser retribuída. Mesmo se achasse, não acho que as ajudas que te dei fossem suficientes para merecer a ajuda que tu me deste. Estejas a ler, olha, não quero muito saber se achas que não fizeste grande coisa. Para mim, para o que precisava, chegou puderes estar presente só para confirmares que não estava a fazer nada mal, ou para rever aquele texto aqui ou ali. Apesar de não me sentir mais motivado ao ouvir todas as vezes que me encorajavas para fazer, confiar que ainda dava ou qualquer otimismo, consigo entender o significado desse esforço. Mal agradeci no texto, eu acho, mas sinto-o.

Ah, acabar um parágrafo com uma só palavra numa linha. Lá se vai o meu espaço para escrever… mais estas duas… e já vai meia página. Então também quero deixar registado os meus agradecimentos à Ana: tu sabes quem és e como ajudaste, tanto para aqui como para o dia-a-dia. Igualmente, à Mara, que, sinceramente, poderia receber um destaque como o Pedro. Talvez na de doutoramento… são muitos anos! E também gosto de me meter contigo. À gente cá de casa, que não me perturbou nem exigiu mais de mim quando me viu a fazer nada. Apesar de funcionar bem desse modo, agradeço que esse não tenha sido preciso. Coitados, parece que só são maus para mim! Juro que gosto deles e que agradeço! Vá, pelo menos, por me deixarem vivo até aos 24! Vê-se que me relaciono com o tema da dissertação, ao estar a lamuriar sobre o que, quem quer que leia, possa achar de mim pelo que verá escrito numa das páginas. Também não ajuda ser logo a primeira com um texto longo, mas pronto… Bom dia, ou boa tarde. Espero que gostes da minha narrativa… e que não precises de ler isto à noite.

Deixem-me só agradecer às minhas orientadoras, tanto de dissertação como de estágio, pois não acho que merecia tanto carinho como o que recebi. A mesma coisa para ti, Fátima e, honestamente, o GAPAV todo, mesmo que nem tenham muito a ver com isto. Também à Bruna, por tudo, à Melani: igual; aos rapazes, que ajudaram na partilha e sempre encorajaram e a todos que também ajudaram aqui e ali. Queria fazer uma piada por engonhar e ficar sem espaço para-

Resumo

A idade é uma pista social imediata que influencia julgamentos interpessoais e pode ativar estereótipos (WHO, 2021). Contudo, pouco se sabe sobre como a idade do psicólogo afeta perceções dos clientes. Este estudo investigou como a idade de psicólogos clínicos influenciam perceções iniciais de calorosidade e competência (Fiske et al., 2002), e se estas predizem a intenção de escolha e continuidade terapêutica. Num delineamento 2 (género) × 3 (idade), 211 participantes avaliaram um de seis perfis com fotografia e currículo. Uma análise fatorial confirmou duas dimensões – calorosidade e uma integração de honestidade e sinceridade na competência. A idade e o género influenciaram as primeiras impressões: psicólogas seniores foram vistas como mais calorosas, enquanto perfis seniores foram avaliados como menos competentes do que colegas jovens e de meia-idade. No entanto, apenas a calorosidade e competência, não a idade, previram intenção de escolher e continuar com o psicólogo. Os achados sugerem que a idade enviesa a primeira impressão, mas que a escolha para terapia depende essencialmente de qualidades interpessoais percebidas.

Palavras-chave: *idade, primeiras impressões, SCM, intenção, psicoterapia*

Abstract

Age is a highly salient cue that shapes interpersonal judgments and can activate stereotypes (WHO, 2021), yet little is known about how a psychologist's age affects clients' perceptions. This study examined how the psychologists' age influence first impressions of warmth and competence (Fiske et al., 2002), and whether these traits predict intentions to select and continue therapy. Using a 2 (gender) × 3 (age) design, 211 participants evaluated one out of six profiles including a face and a curriculum. Factor analysis confirmed warmth and competence, with honesty, sincerity and dominance loading onto competence. Age and gender shaped impressions: senior female psychologists were rated warmer, while senior profiles were perceived as less competent than younger and middle-aged peers. However, only warmth and competence – not age – predicted selection and continuation intentions. Findings suggest age biases in first impressions, but therapeutic choice depends primarily on perceived interpersonal qualities.

Keywords: *age, first impressions, SCM, planned behavior, psychotherapy*

Índice

Introdução **1**

Método **6**

Design 6

Participantes 6

Instrumentos 7

Procedimento 10

Resultados **12**

Qualidades Psicométricas dos Instrumentos em Estudo 12

Variáveis Dependentes 12

Covariáveis 14

Estatísticas Descritivas e Correlações 15

Estatística Descritiva 15

Correlações 17

Estatísticas Inferenciais – Teste de Hipóteses 17

Testes da Hipótese 1 – ANCOVA Two-way 17

Testes da Hipótese 2 – Regressão Linear Múltipla Hierárquica 21

Dados Adicionais: Comentários Abertos Sobre Outros Fatores do Psicólogo 24

Discussão **24**

Implicações Práticas 27

Limitações e Estudos Futuros 28

Considerações Finais 29

Referências **30**

Anexos **41**

Anexo A - Revisão de Literatura 41

Introdução - Como a Idade é Percecionada 41

Idadismo 42
Centralidade da Idade no Contexto Laboral 47
Idade na Psicoterapia 48
Pertinência da Idade do Psicólogo Para a Psicoterapia 48
Operacionalização da Perceção da Idade Direcionada ao Psicólogo 51
Anexo B – Relatório de Pré-teste 54
Introdução 54
Método 54
Resultados 56
Anexo C – Perfis 58
Anexo D – Consentimento Informado 61
Anexo E – Análises Estatísticas das Qualidades Psicométricas 62
Anexo F – Análises Estatísticas Descritivas e de Correlações 63
Anexo G – Análises Estatísticas dos Testes de Hipóteses 65
Anexo H – Classificação Original das Faces do Presente Estudo 70

Índice de Tabelas

Tabela 1 - *Cargas Fatoriais dos Itens da AFE Relativa às Dimensões Interpessoais* 13

Tabela 2 - *Cargas Fatoriais dos Itens da AFE Relativa à Frequência e Qualidade de Contacto* 14

Tabela 3 - *Cargas Fatoriais dos Itens da AFC Relativa ao BFI-10-PT* 15

Tabela 4 - *Estatística Descritiva das Variáveis do Presente Estudo* 16

Tabela 5 - *Efeitos da Idade e Género do Perfil na Calorosidade do Psicólogo Percebida* … 18

Tabela 6 - *Efeitos da Idade e Género do Perfil na Competência do Psicólogo Percebida* … 20

Tabela 7 - *Fatores Preditores da Probabilidade de Escolher o Psicólogo* 22

Tabela 8 - *Fatores Preditores da Probabilidade de Continuar com o Psicólogo* 23

Tabela 9 - *Estatística Descritiva das Perceções de Idades das Faces* 57

Tabela 10 - *Concordância Entre Avaliadores para a Atratividade* 62

Tabela 11 - *Estatística Descritiva das Variáveis Afetadas pelo Design 3x2* 63

Tabela 12 - *Coeficientes de Correlação de Pearson entre as Variáveis em Estudo* 64

Tabela 13 - *Testes de Normalidade para as Calorosidade e Competência* 65

Tabela 14 - *Testes de Homogeneidade da Variância para as Calorosidade e Competência* ... 65

Tabela 15 - *Efeitos de interação entre as covariáveis e VIs: testagem da homogeneidade de inclinação de regressão para a Calorosidade* 67

Tabela 16 - *Efeitos de interação entre as covariáveis e VIs: testagem da homogeneidade de inclinação de regressão para a Competência* 67

Tabela 17 - *Testagem da independência entre VIs e covariáveis: Idade* 68

Tabela 18 - *Testagem da independência entre VIs e covariáveis: Género* 68

Tabela 19 - *Média das Perceções Originais de Dimensões Físicas e Emocionais das Faces em Estudo* 70

Índice de Figuras

Figura 1 - *Perfil do Psicólogo Clínico Jovem Masculino* 58

Figura 2 - *Perfil da Psicóloga Clínica Jovem Feminina* 58

Figura 3 - *Perfil do Psicólogo Clínico de Meia-idade Masculino* 59

Figura 4 - *Perfil da Psicóloga Clínica de Meia-idade Feminina*. 59

Figura 5 - *Perfil do Psicólogo Clínico Adulto Sénior Masculino* 60

Figura 6 - *Perfil da Psicóloga Clínica Adulta Sénior Feminina* 60

Figura 7 - *Diagrama de caminhos da escala BFI-10-PT* 62

Figura 8 - *Gráfico de regressão parcial: testagem da linearidade entre a Atratividade e a Calorosidade* 66

Figura 9 - *Gráfico de regressão parcial: testagem da linearidade entre a Atratividade e a Competência* 66

Figura 10 - *Gráfico de Perfil das EMM para a Calorosidade* 69

Figura 11 - *Gráfico de Perfil das EMM para a Competência* 69

Introdução

A idade é uma das caraterísticas mais rapidamente percecionadas numa face humana e uma das primeiras pistas utilizadas para assumir informações sobre os outros (Voelkle et al., 2011). Simplesmente ponderar sobre a idade de um indivíduo poderá evocar outras tantas estimativas (e.g., "por que experiências terá já passado"), que transcendem o tal simples número e influenciam a forma de interação ou a atribuição de certos traços ao indivíduo (Asch, 1946; Mintz, 2008; Voelkle et al., 2011). Esta tendência reflete um processo de categorização social fundamental (Kogan, 1979), em que a idade, tal como o género ou a etnia, serve como um "marcador identitário" e, neste caso, como forma de situar o alvo na sociedade, cronologicamente.

É comum, mesmo em diferentes sociedades, a divisão do curso da vida em faixas etárias culturalmente definidas (Linton, 1942; Mintz, 2008; World Health Organization [WHO], 2021), às quais se associam significados distintos, papéis sociais e expectativas normativas. Embora estas categorias variem entre culturas, a maioria das concetualizações inclui, pelo menos, as fases de adolescência, jovem adulto, adulto de meia-idade, adulto sénior e idoso (*American Psychological Association* [APA], 2023; Britannica, 2024). Enquanto processo biológico, o envelhecimento pode também ser compreendido como um fenómeno com significado simbólico e social, frequentemente acompanhado por outras representações que moldam a perceção do alvo (Kogan, 1979). Assim, a categorização em faixas etárias é um processo mais facilmente acedido e que ativa pistas culturalmente moldadas (Kogan, 1979), que, por sua vez, servem de base para a formação de outros julgamentos, como os de personalidade, competência, ou valor social.

A literatura sugere que a perceção da idade está fortemente associada a julgamentos específicos, generalizações sobre as características de pessoas pertencentes às determinadas faixas etárias (Bodner, 2009; North & Fiske, 2012). A estas generalizações especificamente direcionadas à idade do alvo dá-se o nome de "idadismo" (*ageism*) (Butler, 1969). O idadismo poderá surgir com componentes cognitivas (estereótipos), afetivas (preconceitos) ou comportamentais (discriminação), podendo assumir formas positivas ou negativas, explícitas ou subtis e dirigindo-se, principalmente, a pessoas jovens e seniores (Marques et al., 2020; WHO, 2021). Embora inicialmente concetualizado em relação à senioridade, o idadismo é um fenómeno que pode ser direcionado para qualquer idade, sendo os jovens adultos as segundas maiores vítimas, frequentemente percecionados como imaturos, menos responsáveis ou inexperientes (de la Fuente-Núñez et al., 2021; Fowler & Gasiorek, 2024). É proposto que este

viés seja usado como uma forma de hierarquização geracional, sustentada pela ideia de que certos grupos etários (meia-idade) possuem maior valor social ou competência, enquanto outros são vistos como menos legítimos ou menos capazes (North & Fiske, 2012).

Diversas teorias contribuem para justificar as origens psicológicas do idadismo. Por exemplo, a partir da Teoria da Identidade Social (Tajfel, 1981) pode-se propor o idadismo como protetor do ego (North & Fiske, 2012) e fortificador da autoestima (Bodner, 2009). Aqui, os indivíduos reforçam a autoestima ao identificarem-se com grupos etários percebidos como mais vantajosos (e.g., vitalidade jovem), o que pode levar à depreciação dos outros grupos (Bodner, 2009; North & Fiske, 2012). Já a Teoria da Gestão do Terror (Greenberg et al., 1997) sugere como o contacto com a velhice ativa o medo existencial da morte, conduzindo à progressiva rejeição dos mais velhos enquanto lembrança da mortalidade (Martens et al., 2004). A partir de perspetivas evolutivas complementares, encontra-se argumentos sobre como os idosos podem ser percecionados como menos adaptativos, doentes ou fisicamente frágeis, o que pode ter originado, em tempos ancestrais, uma base adaptativa para o viés (North & Fiske, 2012).

Independentemente da sua origem (datando desde 624 A.D.) (Protzko & Schooler, 2019), o idadismo tem um enorme amontoar de consequências negativas. Nos adultos mais velhos, associa-se a piores previsões sobre a saúde física e mental, declínio cognitivo e menor bem-estar percebido (WHO, 2021). A internalização de estereótipos negativos pode tornar-se uma profecia autorrealizável: os indivíduos passam a agir em conformidade com as crenças idadistas, experienciando, efetivamente, o declínio nas dimensões em que são julgados (Bodner, 2009; North & Fiske, 2012). Nos jovens, o idadismo manifesta-se sobretudo no contexto laboral, traduzindo-se em exclusão de oportunidades e subvalorização de competências e no contexto societal, sendo percecionadas menor credibilidade e legitimidade para as mesmas condições, independentes da idade (de la Fuente-Núñez et al., 2021; Duncan & Loretto, 2004). A nível mundial, o idadismo constitui um problema de saúde pública, declarado pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 2021). Esta estima que cerca de metade da população manifeste crenças idadistas, tornando este viés mais prevalente do que o racismo ou o sexismo. Além disso, o idadismo está associado a custos económicos elevados, em cerca de mil milhões de dólares por ano, e contribui para a perpetuação de desigualdades intergeracionais, restringindo o acesso equitativo a recursos e oportunidades (WHO, 2021). Apesar da sua omnipresença, o fenómeno continua pouco investigado, particularmente na população jovem. Assim, a presente investigação terá interesse em contribuir para a literatura trazendo uma dinâmica profissional ainda menos investigada, a interação entre cliente e trabalhador.

Idade no Contexto Laboral

O trabalho é um dos contextos onde o idadismo é mais comum (de la Fuente-Núñez et al., 2021; Duncan & Loretto, 2004; Fowler & Gasiorek, 2024; WHO, 2021), no qual predomina a discriminação, com práticas de desvalorização, patronização e abuso de limites, entre outros (de la Fuente-Núñez et al., 2021; Duncan & Loretto, 2004; Giles & Williams, 1994). No contexto organizacional, evidenciou-se, na literatura, perceções sobre a "idade ideal" para determinadas funções, as quais tendem a influenciar decisões de recrutamento, promoção e formação (Perry, 1994). Estas perceções derivam de uma "idade prototípica para a profissão" (também abordada como "centralidade da idade no protótipo da profissão"), ou seja, da associação entre uma determinada idade mais adequada para determinada profissão (Perry, 1994). Profissões de liderança e alta responsabilidade são vistas como mais adequadas a adultos de meia-idade, enquanto funções de menor autonomia ou alta tecnologia são associadas a indivíduos mais jovens (Gordon & Arvey, 1986). Essa correspondência entre estereótipos etários e expectativas profissionais reforça a ideia de que a idade opera como um marcador simbólico de competência. A acrescentar que, quando a idade real de um trabalhador diverge dessa idade prototípica, o idadismo é intensificado (Diekman & Hirnisey, 2007). Assim, uma pessoa que aparenta ter uma idade incongruente com o protótipo da sua profissão pode ser percecionada como menos capaz, menos credível ou menos adequada, independentemente da sua formação ou experiência (Diekman & Hirnisey, 2007).

No caso da psicologia clínica, em concreto, da psicoterapia, esta dimensão ganha relevância particular. A relação terapêutica baseia-se em confiança, empatia e perceção de competência – todos fatores suscetíveis de serem influenciados por crenças idadistas em relação à idade do psicólogo. Sendo esta combinação pouco explorada e visto a sua potencial influência na perceção do psicólogo, será este o objeto de estudo da presente investigação.

Idade no Contexto de Psicoterapia

Grande parte da investigação existente específica à idade e psicoterapia centra-se na idade do paciente, não na do terapeuta (Lederman & Shefler, 2023). Estudos mostram que muitos profissionais de saúde mental apresentam expectativas idadistas em relação aos clientes mais velhos, considerando-os menos flexíveis cognitivamente, com menor capacidade de mudança ou menos motivados (Aharon et al., 2024; Lederman & Shefler, 2023). Estes estereótipos podem afetar a qualidade da intervenção e a vontade do profissional em aceitar ou manter o caso (Aharon et al., 2024).

Por contraste, a literatura não explica como os clientes percecionam a idade do psicólogo. É plausível supor que os mesmos mecanismos de categorização social e de idadismo operem da mesma forma para o cliente, influenciando o modo como o psicólogo é avaliado nas suas qualidades, como calorosidade, competência, dominância e confiabilidade – construtos bem definidos na comunidade científica (Fiske et al., 2002; Fiske, 2018; North & Fiske, 2012; Oosterhof & Todorov, 2008).

A literatura sobre as primeiras impressões sustenta que os indivíduos formam julgamentos rápidos e consistentes com base em pistas faciais (Willis & Todorov, 2006). Sabendo pouco ou nada sobre qualquer indivíduo, a nossa mente pinta um quadro contextualizado e coerente de traços da sua personalidade a partir do que vê (Asch, 1946). A perceção inicial da idade do psicólogo pode acionar representações sobre experiência, sabedoria, autoridade ou empatia (Schulman, 2003). Modelos como o *Stereotype Content Model* (SCM) (Fiske et al., 2002; Fiske, 2018), bastante usado na literatura sobre idadismo, e o modelo de Dominância–Confiabilidade (Oosterhof & Todorov, 2008), construtos comuns em textos sobre primeiras impressões, mostram que as avaliações interpessoais se organizam sobretudo em torno das dimensões de calorosidade e confiabilidade, competência e dominância, às quais se associa a perceção de atratividade (Alves, 2021; Koppensteiner et al., 2016;). Estas dimensões em particular são especialmente relevantes em contextos profissionais relacionais, como a psicoterapia, onde a credibilidade do terapeuta pode depender tanto de atributos afetivos como de perceções de competência técnica (Seewald & Rief, 2023). Igualmente, a perceção do psicólogo clínico como simultaneamente competente e caloroso está associada a melhores resultados e menor probabilidade de abandono prematuro (Roos & Werbart, 2013; Seewald & Rief, 2023).

Além da atratividade, outras variáveis, como o contacto intergeracional, a centralidade da idade e fatores de personalidade podem modular estas perceções (de la Fuente-Núñez et al., 2021; Marques et al., 2020; WHO, 2021). Indivíduos com experiências positivas com pessoas de diferentes idades tendem a apresentar atitudes menos idadistas e avaliações mais equilibradas (de la Fuente-Núñez et al., 2021; Drury et al., 2016; Kranz et al., 2021). Igualmente, se a sociedade tende a associar a figura do psicólogo a uma idade madura (Gordon & Arvey, 1986), um profissional muito jovem ou muito idoso poderá ser avaliado de modo diferente – seja pela perceção de inexperiência, seja pela associação ao declínio (Diekman & Hirnisey, 2007; Perry, 1994, WHO, 2021).

Comum a todos os contextos de psicoterapia, a literatura sobre os fatores de mudança tem consistentemente evidenciado que a eficácia terapêutica resulta sobretudo de elementos relacionais e interpessoais, mais do que de técnicas específicas (Lambert, 2005, 2013, 2015; Lambert & Baldwin, 2009; Norcross & Lambert, 2011). Entre estes, destacam-se os fatores comuns (que explicam cerca de 30% da mudança terapêutica) – a aliança terapêutica, empatia, calorosidade, confiança, genuinidade, responsividade, etc. – nomeadamente, as características do terapeuta (Lambert, 2005; Norcross & Lambert, 2011; Sousa, 2017). Embora a idade não se revele forte preditor de sucesso (Hersoug et al., 2009), a forma como é percecionada pode afetar dimensões cruciais da relação terapêutica, como a confiança e a credibilidade, como alguns dos exemplos. Não só, pode também exercer um papel relevante nas expectativas do cliente sobre a intervenção, aspetos estes que explicam cerca de 15% da mudança terapêutica (Lambert, 2005; Norcross & Lambert, 2011).

Como ilustra Schulman (2003), o envelhecimento do psicólogo pode alterar o modo como ele é experienciado pelos pacientes: evocando imagens de figura parental, sabedoria ou vulnerabilidade, moldando as dinâmicas transferenciais e o sentido relacional da terapia. A influência da idade do psicólogo para a eficácia terapêutica pode ser, portanto, percebida a partir das expectativas do cliente, sejam direcionadas às qualidades do terapeuta ou a eficácia do acompanhamento e, em última instância, o curso do processo.

Objetivo, Hipóteses e Pertinência do Estudo

Como já referenciado, enquanto se encontra um vasto corpo teórico sobre idadismo e perceção social, a idade do psicólogo clínico é um tema negligenciado na investigação (Lederman & Shefler, 2023). Igualmente, nos estudos disponíveis, a análise da influência da idade no processo clínico é direcionada à do paciente e não se encontraram dados sobre o efeito inverso: como os clientes percecionam psicólogos de diferentes idades. Assim, devido a este espaço na literatura, a presente investigação tem o objetivo de examinar como a idade do psicólogo influencia a forma como este é percecionado por potenciais clientes e quais destes fatores melhor predizem a escolha para iniciar ou continuar o processo com o mesmo.

O presente estudo parte da premissa de que a idade do indivíduo alvo de julgamento influencia as avaliações iniciais a que lhe são direcionadas, nomeadamente, a atributos interpessoais, como a dominância, confiabilidade, calorosidade e competência. Contudo, também outras variáveis podem afetar esta perceção, como as identificadas na literatura: a atratividade e o género do alvo, a centralidade da idade da profissão (psicólogo clínico),

dimensões de personalidade (e.g., amabilidade e conscienciosidade) do avaliador e a sua frequência e qualidade de contacto com indivíduos da mesma faixa etária que o alvo. Para aprofundar os efeitos das variáveis em estudo, também se verificará como estes fatores poderão condicionar a intenção de iniciar ou manter acompanhamento com o psicólogo.

Assim, à luz da literatura, formula-se a Hipótese 1: a idade do psicólogo clínico influenciará a sua avaliação, especificamente, nas dimensões de dominância, confiabilidade, calorosidade e competência, esperando melhores avaliações para a faixa etária da meia-idade. Adicionalmente, como Hipótese 2: espera-se um efeito significativo de predição destas dimensões, juntamente com a idade, em relação à intenção de escolha ou manutenção do psicólogo. Para ambas as hipóteses, será controlado o efeito das variáveis acima identificadas como também influentes nos julgamentos que ocorrerão.

Em suma, a presente investigação situa-se na intersecção entre os estudos sobre perceção social, idadismo e psicoterapia, procurando responder a duas questões centrais: de que modo a idade do psicólogo molda as perceções que os potenciais clientes formam sobre ele e como essas perceções influenciarão as intenções de escolhê-lo ou mantê-lo como terapeuta pessoal. Ao abordar esta lacuna na literatura, o estudo contribui para compreender os mecanismos de julgamento interpessoal que antecedem à escolha de um psicólogo, da própria formação da relação terapêutica e para perceber o real impacto da idade no processo. Mais amplamente, permite refletir sobre o modo como o idadismo influencia decisões num campo que, paradoxalmente, se dedica à compreensão e aceitação humana.

Método

Design

No presente estudo foi adotada uma metodologia quantitativa, transversal e experimental, com um delineamento fatorial inter-sujeitos 2 (género: masculino ou feminino) x 3 (idade: jovem adulto, adulto de meia-idade ou adulto sénior). Este delineamento permitiu a atribuição aleatória dos participantes a uma das seis condições experimentais, bem como a análise dos dados com recurso a inferências correlacionais, preditivas e de comparações entre grupos.

Participantes

Foi calculada a dimensão da amostra pretendida para responder à Hipótese 1, supondo a obtenção de valores estatisticamente significativos, um poder estatístico de 0.80 e um tamanho

de efeito médio (α = .5, f= .25) em 158 participantes (Cohen, 1992), através do programa inferencial *G*Power*. Usando o mesmo método e metas para a Hipótese 2 (α = .5, f^2 = .15), calculou-se uma estimativa de 130 participantes. A amostra foi recolhida por efeito Bola de Neve, através das redes sociais (*WhatsApp*, *Facebook* e *Instagram*).

O estudo recolheu, inicialmente, a resposta de 264 participantes voluntários, anónimos e sem incentivo ou compensação materiais para a sua participação, dos quais 53 foram removidos, por não concluírem o questionário. O único critério de exclusão era a idade inferior a 18 anos. Assim, a amostra final compôs-se por 211 participantes, 109 (51.7%) do género feminino e 192 (48.3%) do género masculino, com idades compreendidas entre 18 e 70 anos (M = 32.31 anos, DP = 12.71). Para análise categorial, estes foram agrupados em Jovens (n = 161, 76.3%), Meia-idade (n = 46, 21.8%) e Sénior (n = 4, 1.9%). Relativamente ao nível de educação formal, 2 (0.9%) dos participantes reportaram ter concluído o ensino escolar até ao ensino básico, 81 (38.4%) participantes tinham concluído até ao ensino secundário, 72 (34.1%) até à Licenciatura, 42 (19.9%) até ao Mestrado e um total de 14 (6.6%) participantes concluiu o Doutoramento. A maioria dos participantes era de nacionalidade portuguesa (n = 204, 96.7%), com menor participação de indivíduos brasileiros (n = 3, 1.4%) e de outros países de língua portuguesa (n = *4*, 1.9%). Relativamente à região de residência (de acordo com a divisão NUTS II), 115 (54.5%) dos participantes encontravam-se na Área Metropolitana de Lisboa, com os restantes 27 (12.8%) na zona Norte, 22 (10.4%) da zona Centro, 18 (8.5%) do Alentejo, 12 (5.7%) do Algarve, 7 (3.3%) da Região Autónoma da Madeira, 6 (2.8%) da Região Autónoma dos Açores e 4 (1.9%) participantes reportaram morar no estrangeiro. Um total de 50 (23.7%) participantes declararam-se como estudantes, 122 (57.8%) como trabalhadores, 21 (10%) como trabalhadores-estudantes, 13 (6.2%) encontravam-se desempregados e 5 (2.4%) reformados.

Foi, adicionalmente, solicitado aos participantes o seu relato sobre alguma experiência prévia em psicoterapia: 35 (16.6%) responderam encontrarem-se em acompanhamento à data do questionário, 54 (25.6%) frequentaram psicoterapia no passado e 122 (57.8%) nunca frequentaram este contexto. Dos que frequentaram (n = 89), 21 (23.6%) fizeram-no com psicólogos masculinos e 68 (76.4%) com psicólogas femininas. Os seus psicólogos tinham, em média, cerca de 40 anos.

Instrumentos

Perfis. Para a presente investigação foram criados 6 perfis (Anexo C), de acordo com o design 2x3 anteriormente mencionado. Estes são compostos por uma face, nome e uma

descrição da formação e experiência profissional do psicólogo clínico. Duas faces, uma de cada género, foram retiradas, com a permissão dos autores, da *Chicago Face Database* (CFD) (Ma et al., 2015) e posteriormente manipuladas usando o software *FaceApp,* para criar réplicas de diferentes idades. O aprofundamento sobre este processo e validação para o uso na presente investigação pode ser encontrado no Anexo B. Após obter versões do mesmo indivíduo nas três faixas etárias pretendidas (jovem, meia-idade, sénior), foi criado o currículo, utilizando, como referência, formatos presentes em *websites* de diferentes clínicas e hospitais em Portugal. Pretendeu-se agregar um conjunto de informações concretas, apresentadas de uma forma vaga para que o perfil fosse verosímil em qualquer dos três estádios de vida.

Calorosidade e Competência. A qualidade do *Stereotype Content Model* (SCM), ao qual estas dimensões pertencem, pôde ser avaliada em larga escala (Friehs et al., 2022), na qual os autores concluíram, de um total de 31673 participantes, que, em geral, o modelo apresentava uma boa consistência interna, mas apenas cerca de um terço do seu uso apresentava boa validade de construto. Deste modo, a escala selecionada inclui os mesmos itens sugeridos por uma das autoras do modelo (Fiske, 2018): para medir a Calorosidade foram usados os itens "*caloroso/a*", "*confiável*", "*amigável*", "*honesto/a*", "*agradável*" e "*sincero/a*"; para a Competência foram usados "*competente*", "*inteligente*", "*habilidoso/a*", "*eficiente*", "*assertivo/a*" e "*confiante*", uma estratégia apoiada por Friehs e colaboradores (2022). Seguindo as mesmas fontes, escolheu-se uma pontuação numa escala tipo Likert de cinco valores (1 = *Nada* a 5 = *Extremamente*) e os itens foram apresentados após a seguinte frase: "*Seguindo a sua primeira impressão, assinale como avalia o Pedro/a Rita em função de cada uma das seguintes características:*" (Oosterhof & Todorov, 2008). Apenas um dos nomes surgia associado à frase, dependendo de qual perfil fosse aleatoriamente atribuído ao participante.

Dominância, Confiabilidade e Atratividade. Ao contrário do SCM, o modelo de Dominância-Confiabilidade e a Atratividade são avaliados por um único item (Eagly et al., 1991; Hosoda et al., 2003; Langlois et al., 2000; Oosterhof & Todorov, 2008). Em relação à confiabilidade, este era um item já medido pela escala SCM ("*confiável*"). Dada esta conveniência, os itens que avaliaram a Dominância ("*dominante*") e a Atratividade ("*atraente*") foram apresentados a seguir à escala SCM e usando a mesma escala de Likert de cinco intervalos. Para os itens originais, Oosterhof e Todorov (2008) encontraram valores superiores a α = .80 na Dominância e Confiabilidade, enquanto, apesar de nenhum dos estudos sobre atratividade reportar esta estatística, todas as meta-análises convergem para um relatório da concordância entre avaliadores alta (equivalente a um reporte de α da mesma classificação).

Frequência e Qualidade de Contacto. Para a medida de frequência e qualidade de contacto foi usada a escala criada por Drury e colaboradores (2016), especificamente apontada para o contacto com pessoas idosas. Ou seja, os itens já remetiam, especificamente, para o contacto com uma faixa etária, facilitando a sua adaptação para as outras duas. Assim, o texto foi adaptado para ser usado para qualquer uma das faixas etárias: "*Com que frequência contacta com pessoas de idade semelhante ao/à psicólogo/a anterior?*" (de 1 – *Muito raramente* a 5 – *Muito frequentemente*) e "*Como define a qualidade desse contacto?*" (com três itens: 1 – *Desagradável* a 5 – *Agradável*; 1 – *Voluntário* a 5 – *Involuntário*; e 1 – *De má qualidade* a 5 – *De boa qualidade*). Este construto é posteriormente avaliado a partir da média dos *scores* de todos os itens: quanto maior, maior a qualidade de contacto. A consistência interna original da escala foi aceitável, especialmente para uma escala de quatro itens (α = .65).

Big Five Inventory **(BFI-10-PT)**. O BFI-10-PT é um instrumento de classificação da personalidade organizada a partir do modelo *Big Five*, com apenas 10 itens e adaptado para português (Bártolo-Ribeiro, 2017, citado por Silva, 2017), possibilitando um esboço dos traços do participante. A cada traço do modelo *Big Five* correspondem dois itens: Abertura ("*Vejo-me como alguém que tem poucos interesses artísticos*" e "*Vejo-me como alguém que é inventivo/a*"), Conscienciosidade ("*Vejo-me como alguém que tende a ser desorganizado/a*" e "*Vejo-me como alguém que faz planos e segue-os cuidadosamente*"), Extroversão ("*Vejo-me como alguém que é reservado*" e "*Vejo-me como alguém que é conversador*"), Amabilidade ("*Vejo-me como alguém que é amável e atencioso/a com a maioria das pessoas*" e "*Vejo-me como alguém que é, por vezes, mal-educado/a com os outros*") e Neuroticismo ("*Vejo-me como alguém que é descontraído/a e lida bem com o stress*" e "*Vejo-me como alguém que, por vezes, fica tenso/a*"). Tal como no original, a escala de resposta permitida ao participante é ancorada em 1 – *Discordo fortemente* e 5 – *Concordo fortemente*. Neste instrumento, os itens seguiram após a introdução "*Para finalizar, irá encontrar algumas afirmações e terá o objetivo de assinalar a opção que o/a melhor caracterize, dentro da escala disponível. Para cada uma delas, responda à afirmação <Vejo-me como alguém...>:*", omitindo esta parte da frase em todos os itens. No artigo original de adaptação do instrumento para português, algumas dimensões obtiveram bons valores de consistência interna (e.g., Neuroticismo = .80), enquanto outras tiveram valores considerados inaceitáveis (e.g., Amabilidade = .41). Compreendendo a limitação desta medida para dimensões com apenas dois itens, o autor recorreu à avaliação da estabilidade temporal teste-reteste, onde não obteve nenhum valor inferior a aceitável, excetuando Neuroticismo (r = .59) (Bártolo-Ribeiro, 2017, citado por Silva, 2017).

Centralidade da Idade no Protótipo da Profissão. Este item pretendeu obter resposta à questão "*Pensando, abstratamente, em "Psicólogo/a Clínico/a", se tivesse de atribuir uma idade para representar a profissão, que número usaria?*", baseado no estudo original do conceito, de Perry (1994). Nenhuma análise das qualidades psicométricas do item foi efetuada pela autora.

Probabilidade de Escolher e Probabilidade de Continuar com o Psicólogo. Para possibilitar a operacionalização da Hipótese 2, foram criadas duas questões sobre a probabilidade do participante de escolher e continuar a relação com o/a psicólogo/a apresentado/a ("*Se estivesse à procura de um psicólogo e encontrasse o Pedro/a Rita, quão provável seria escolhê-lo/a*?" e "*Se, na sua procura, o local que contactou lhe atribuísse o Pedro/a Rita, quão provável seria continuar o acompanhamento com ele/a*?"); ambas associadas a uma escala de Likert (1 – *Nada provável* a 5 – *Muito provável*). O participante ainda iria encontrar uma oportunidade para descrever, de forma aberta, caraterísticas ou fatores que avaliasse como importantes para tomar as duas decisões anteriores ["*Para além das características/fatores previamente avaliados, considera que existe(m) alguma(s) outra(s) importante(s) para tomar as decisões anteriores?*"].

Questionário Sociodemográfico. Uma primeira parte do questionário ocupou-se com um conjunto de questões sociodemográficas, especificamente, as que sondavam o género do participante, nacionalidade, nível de escolaridade, situação profissional, zona residencial (a partir da divisão NUTS II) e idade.

Experiência com Psicoterapia. Juntamente com os itens de sondagem sociodemográfica, foi também questionada a experiência do participante com psicoterapia: "*Já recorreu a um psicólogo ou outro profissional de saúde mental?*" e outras três questões, caso a resposta à primeira fosse afirmativa, (o género do profissional, uma estimativa da sua idade e uma classificação da qualidade do acompanhamento, de 1 – *Muito negativa*, a 5 – *Muito positiva*).

Todos os instrumentos retirados de investigações internacionais sofreram tradução e retroversão por identidades independentes antes do seu uso. Para assegurar uma maior taxa de respostas completas, as questões foram codificadas com carácter de preenchimento obrigatório.

Procedimento

O questionário de autorrelato foi elaborado na plataforma *Qualtrics Online Survey Software,* onde também foram recolhidas e armazenadas as respostas. Igualmente, teve-se o

cuidado, com respeito à anonimidade do participante, de ser retirado o acesso ao *IP* por parte do investigador.

Ao aceder ao questionário, o participante deparava-se com o consentimento informado (Anexo D), em que se facilitava a informação relativa à autoria do estudo e o tema de investigação, tal como as condições para a participação e os direitos do participante. Também se podiam encontrar uma estimativa da duração do questionário e o contacto do investigador principal. Tomada a decisão de participar, o indivíduo responderia ao questionário sociodemográfico, seguido dos itens referentes à Experiência com Psicoterapia.

Após o conjunto de questões anteriores, o participante encontraria o seguinte enquadramento: "*Será agora apresentado o perfil de um/a psicólogo/a. Imagine que está numa fase em que pondera iniciar acompanhamento psicológico e encontra este/a profissional. Com base na informação que vai encontrar, será convidado/a a responder a algumas questões*". Ao passar a página, o participante encontraria, com a mesma probabilidade, um dos seis perfis acompanhado pela escala do SCM, tal como os itens de atratividade e dominância e os três itens relacionados à probabilidade de escolher ou continuar a relação com o/a psicólogo/a apresentado. Após a sua resposta, o participante encontrava a avaliação da Frequência e Qualidade de Contacto com o intergrupo da mesma idade que o personagem do perfil apresentado. Passando a página, o questionário terminava após a resolução da questão sobre a Centralidade da Idade na Profissão e o BFI-10-PT.

A recolha de dados teve uma duração de, aproximadamente, dois meses, a partir de 11 de agosto, até 14 de outubro.

Análise dos Dados

Após a fase de recolha de dados, procedeu-se ao respetivo tratamento estatístico com recurso aos *softwares* IBM SPSS Statistics (versão 30) e RStudio (versão 2025.09.1+401), sendo este último utilizado exclusivamente para a realização da Análise Fatorial Confirmatória (AFC) de uma das escalas. Numa primeira fase exploratória, foram avaliadas as qualidades psicométricas dos instrumentos, nomeadamente a consistência interna e a validade de construto, através de Análises Fatoriais Exploratórias (AFE), AFC e do cálculo do coeficiente alfa de Cronbach. Posteriormente, recorreram-se a análises descritivas (medidas de tendência central, de dispersão, assimetria e achatamento, bem como de associações bivariadas) e a análises inferenciais, designadamente ANCOVA *Two-way* e Regressão Linear Múltipla Hierárquica. Em todos os testes estatísticos foi adotado um nível de significância de .05.

Resultados

Qualidades Psicométricas dos Instrumentos em Estudo

Dada a especificidade da amostra e a utilização de instrumentos originalmente desenvolvidos em outros contextos culturais e linguísticos, considerou-se adequado iniciar pelas AFEs, de forma a compreender a estrutura latente das medidas formada nesta população. Esta abordagem permitiu identificar como os participantes organizaram os conceitos avaliados, considerando ainda as particularidades do presente estudo (i.e., avaliação de primeira impressão de um psicólogo, junta ao seu currículo). Em seguida, avaliou-se a consistência interna das escalas resultantes, após a AFE, ou a concordância entre avaliadores nos itens singulares.

Variáveis Dependentes

O primeiro passo consistiu na análise psicométrica das variáveis dependentes (VDs) principais – Calorosidade, Competência, Confiabilidade, Dominância para a Hipótese 1 e Probabilidade de Escolher e Probabilidade Continuar com o Psicólogo para a Hipótese 2.

Para a Hipótese 1, numa fase exploratória, testaram-se múltiplas combinações de itens e rotações fatoriais para determinar a solução estrutural mais robusta. Com base na literatura que sugere correlações entre as dimensões pertencentes a esta Hipótese (Fiske et al., 2002; Fiske, 2018; Oosterhof & Todorov, 2008), aplicou-se uma rotação oblíqua de componentes principais. Independentemente do design da testagem, os fatores finais convergiram, demonstrando a estabilidade do agrupamento final.

O modelo final apresentou bons indicadores psicométricos, $KMO = .89$, $\chi^2(78) = 1665.39$, $p < .001$, com extração de dois fatores de valor próprio superior a 1 (Maroco, 2007), explicando 64.4% da variância total. O primeiro, "Competência do Psicólogo" (contribuindo com 45.4% da variância) agregou os itens originais de Competência do SCM ("*caloroso/a*", "*confiável*", "*amigável*", "*honesto/a*", "*agradável*" e "*sincero/a*"), em conjunto com a Dominância ("*dominante*") e os itens *"honesto"* e *"sincero"*, pertencentes à Calorosidade original do SCM. O segundo fator, "Calorosidade do Psicólogo" (19% da variância), manteve os restantes itens da Calorosidade original e a Confiabilidade (i.e., *"caloroso/a", "confiável", "amigável"* e *"agradável"*). Como esperado, observou-se uma correlação aproximadamente moderada entre fatores ($r = .25$) (Cohen, 1992). As cargas fatoriais dos itens nos fatores formados encontram-se na Tabela 1.

Tabela 1

Cargas Fatoriais dos Itens da AFE Relativa às Dimensões Interpessoais

	Fator	
	Competência do Psicólogo	Calorosidade do Psicólogo
Caloroso	.22	.86
Confiável	.53	.71
Amigável		.88
Honesto	.60	.52
Agradável	.30	.89
Sincero	.65	.40
Competente	.84	.31
Habilidoso	.77	.39
Eficiente	.79	.25
Assertivo	.81	
Inteligente	.74	.44
Confiante	.76	
Dominante	.67	-.11

Nota. Suprimidas as cargas inferiores a 0.10.

Apesar de a literatura científica que precede este estudo compreender a honestidade e sinceridade como qualidades da dimensão de Calorosidade, a presente testagem estatística revelou uma maior relação com a dimensão de Competência. Devido a este fenómeno realça-se a relevância prática da integridade, ética e empatia para o exercício competente do psicólogo clínico, dando sentido à organização destes dois itens na dimensão anteriormente conhecida como Competência – agora "Competência do Psicólogo". Já a Dominância agrupou-se igualmente com a Competência, o que é coerente com a descrição de Fiske e colaboradores (2002) sobre a dimensão do SCM – explicativa da capacidade para agir – coerente com a perceção, comumente sentida, da assimetria relacional no contexto psicoterapêutico. Já a Calorosidade mantem os restantes itens, incorporando, como já verificado na literatura (Fiske, 2018), a confiabilidade e sendo percebida como um conceito ligeiramente inferior à Competência para acolher a honestidade e sinceridade do psicólogo – fazendo-a, assim, única à avaliação desta profissão, mas mantendo a sua qualidade essencial: a "Calorosidade do Psicólogo".

Ambas as novas dimensões apresentaram valores de consistência interna muito bons ($\alpha_{Competência}$ = .90 e $\alpha_{Calorosidade}$ = .87) (Maroco, 2007). Em nenhum dos casos, a eliminação de qualquer item resultaria numa melhoria substancial destes valores.

Para a Hipótese 2, esta inclui a Probabilidade de Escolher e Probabilidade de Continuar com o Psicólogo, que são itens singulares semelhantes na sua semântica, mas representam decisões, na prática, bastante diferentes. Desta forma, representando decisões concretas, diferentes de medidas correspondentes a construtos latentes, não foram sujeitas a análises de qualidades psicométricas.

Covariáveis

Género do Perfil. O género do indivíduo alvo de julgamento (do perfil) foi manipulado através do delineamento fatorial inter-sujeitos 3x2. Sendo operacionalizado desta forma e representando um construto manifesto, não sofreu análise psicométrica.

Atratividade. A atratividade, avaliada por um único item, revelou uma concordância entre avaliadores excelente, *ICC* = .93, $F(5.150) = 14.29$, $p < .001$ (Ver Anexo E).

Frequência e Qualidade de Contacto. A AFE indicou uma estrutura unifatorial, com uma adequabilidade da matriz razoável, *KMO* = .65, $\chi^2(6) = 182.22$, $p < .001$ (Maroco, 2007), formando o fator "Frequência e Qualidade de Contacto", que explicou 54.23% da variância total. A consistência interna foi satisfatória para uma escala de quatro itens (α = .68) (Maroco, 2007). Nenhum dos itens contribuira para um aprimoramento substancial da consistência interna da escala, se fosse removido. As cargas fatoriais dos itens para o fator formado poderão ser encontradas na Tabela 2.

Tabela 2

Cargas Fatoriais dos Itens da AFE Relativa à Frequência e Qualidade de Contacto

	Fator
	Frequência e Qualidade de Contacto
Frequência	.59
Desagradável-Agradável	.78
Involuntário-Voluntário	.72
Mau-Bom	.83

Personalidade *Big-Five* (BFI-10-PT). Diferentemente dos itens e escalas anteriores, devido ao uso prévio do BFI-10-PT numa população semelhante e em português, foi realizada AFC com *diagonally weighted least squares* (*DWLS*), dada a natureza ordinal dos itens (Brown,

2015). O modelo apresentou ajustamento aceitável, $\chi^2(30) = 123.10$, $p < .001$, *CFI* = .94, *TLI* = .91, *SRMR* = .10, (Navarro & Foxcroft, 2022). Embora o *RMSEA* fosse elevado (.12), este é um fenómeno comum em modelos com baixo número de níveis de liberdade e itens por fator, sendo mais adequado analisar os restantes índices de ajustamento (Kenny et al., 2015). Para 2 itens por fator, de forma a avaliar a sua consistência interna, foi analisada a fidelidade composta (*CR*) (Raykov, 1997), obtendo um valor aceitável para a Extroversão (*CR* = .67) e Abertura (*CR* = .66) e bons para a Conscienciosidade (*CR* = .76), Neuroticismo (*CR* = .76) e Amabilidade (*CR* = .84) (Maroco, 2007). As cargas fatoriais dos itens para os fatores extraídos poderão ser encontradas na Tabela 3 e o diagrama de caminhos no Anexo E.

Tabela 3

Cargas Fatoriais dos Itens da AFC Relativa ao BFI-10-PT

Fator	Indicador	Estimativa Padronizada	Erro-Padrão	Z
Extroversão	Aberto/a	.71***	0.04	19.36
	Conversador(a)	.71***	0.04	19.36
Amabilidade	Amável	.85***	0.02	43.00
	Bem-educado/a	.85***	0.02	43.00
Conscienciosidade	Organizado/a	.78***	0.03	28.49
	Planeamento	.78***	0.03	28.49
Neuroticismo	Stressado/a	.78***	0.02	34.45
	Tenso/a	.78***	0.02	34.45
Abertura	Interesses artísticos	.63***	0.04	15.61
	Inventivo/a	.63***	0.04	15.61

*** $p < .001$
Nota. A descrição dos indicadores, correspondentes aos itens da escala, foram simplificados e as suas descrições originais poderão ser encontradas na secção do Método, Material.

Centralidade da Idade no Protótipo da Profissão. Sendo um item singular, correspondente às perceções individuais de cada participante, diferente de medidas sobre construtos latentes, esta variável não foi sujeita a análise psicométrica.

Estatísticas Descritivas e Correlações

Estatística Descritiva

As medidas descritivas, simplificadas, das variáveis interpretadas como quantitativas recolhidas no presente estudo encontram-se na Tabela 4. Esta tabela apresenta os valores

recolhidos sem aplicação das condições do design 3x2 e todas as medidas, exceto a Centralidade da Idade (contínua), representam escalas tipo Likert de 1 a 5 valores. Assim, numa primeira análise, é facilmente evidenciada que apenas a atratividade resultou numa avaliação ligeiramente abaixo do ponto médio. As perceções de Calorosidade do Psicólogo foram inferiores às de Competência e a idade prototípica do psicólogo foi estimada em cerca de 37 anos.

Tabela 4

Estatística Descritiva das Variáveis do Presente Estudo

	N	*M*	*DP*	*sk*	*ku*
Calorosidade	211	2.65	0.84	0.28	-0.16
Competência	211	3.34	0.70	-0.22	-0.43
Escolher	211	2.63	1.11	0.04	-1.09
Continuar	211	2.98	1.11	-0.23	-0.85
Atratividade	211	2.41	0.99	0.39	-0.44
FQC	211	3.76	0.85	-0.39	-0.53
Extroversão	211	3.15	1.09	-0.00	-0.94
Amabilidade	211	3.93	1.00	-0.76	-0.30
Conscienciosidade	211	3.58	1.05	-0.36	-0.74
Neuroticismo	211	3.17	1.02	0.24	-0.93
Abertura	211	3.20	1.00	0.13	-0.86
Centralidade da Idade	211	37.33	7.15		

Nota. *M* = Média; *DP* = Desvio-Padrão; *sk* = Assimetria; *ku* = Curtose
FQC = Frequência e Qualidade de Contacto.

Contudo, esta análise não permite: a) verificar as diferenças de avaliações das caraterísticas dos diferentes perfis de psicólogos do design 3x2; b) facilitar uma resposta às hipóteses colocadas. Sendo assim, encontrar-se-á no Anexo F (Tabela 11) a tabela relativa à estatística descritiva das variáveis afetadas pelo design 3x2. Observando todos estes resultados, também não se poderá concluir sobre como responder às hipóteses colocadas nesta investigação. No entanto, deixam alguns valores que requerem alguma atenção, como algumas curtoses de valores superiores a |1| e assimetrias superiores a |0.5|. Mesmo assim, nenhum destes valores indicam para distribuições significativamente diferentes da normalidade (Maroco, 2007).

Correlações

Após verificadas as condições estabelecidas pelos pressupostos associados à testagem das correlações entre as variáveis, estas foram executadas (Anexo F, Tabela 12) e evidenciaram associações significativas. Nenhuma correlação (*Spearman* ou *Eta*) entre as VDs e as restantes variáveis não reportadas (i.e., escolaridade, faixas etárias dos participantes, experiência de terapia, género do terapeuta passado e faixa etária do terapeuta passado) evidenciou resultados significativos. Para além das correlações significativas, moderadas ou altas entre as VDs, também covariáveis como a Atratividade, Frequência e Qualidade de Contacto e traços de personalidade demonstraram correlações significativas, baixas a moderadas. Desta forma, a partir da exploração dos coeficientes de correlação e literatura, irá definir-se as variáveis relevantes para pertencer à testagem das Hipóteses propostas.

Para a Hipótese 1 serão tidas em conta a Calorosidade e Competência do Psicólogo como VDs, o género e atratividade do alvo, a frequência e qualidade de contacto, amabilidade e conscienciosidade do avaliador como covariáveis a controlar. Desta forma, o teste paramétrico apropriado para avaliar esta hipótese é a ANCOVA *Two-way*, usando os grupos das condições experimentais, a Idade e Género do Perfil, assim possibilitando o controlo do género e das restantes covariáveis. Devido à semelhança das correlações das VDs da Hipótese 2 com as covariáveis escolhidas para a Hipótese 1, estas, juntamente com a Calorosidade e Competência do Psicólogo, serão as variáveis a usar para a segunda hipótese. Mais especificamente, para responder a esta hipótese, será necessário realizar uma Regressão Linear Múltipla Hierárquica (RLM-H), novamente, para poder separar o efeito das covariáveis.

Assim, para o teste de hipóteses, abandonam-se algumas variáveis, pois só apresentaram correlações significativas baixas a moderadas com VDs de uma só hipótese e/ou que não foram relatadas na literatura como covariáveis dos construtos a testar (nomeadamente, a extroversão, neuroticismo, abertura, centralidade da idade, idade, faixa etária e género do avaliador e nível de educação).

Estatísticas Inferenciais – Teste de Hipóteses

Testes da Hipótese 1 – ANCOVA *Two-way*

Para a Hipótese 1, que previa uma influência da idade nas avaliações da dominância, confiabilidade, calorosidade e competência (agora Calorosidade e Competência do Psicólogo), esperando melhores avaliações para a faixa etária da meia-idade, foram, inicialmente, testados os pressupostos para a realização da ANCOVA *Two-way*. Foi confirmada a normalidade dos

grupos das 6 condições experimentais (género e idade) da amostra para as duas VDs. Das 12 testagens, apenas um grupo (Meia-idade, Feminino) resultou num valor de significância inferior a .05 perante o teste Shapiro-Wilk. Contudo, a partir do Teorema de Limite Central, este grupo poderá ser considerado para ANCOVA (Maroco, 2007). Para os mesmos grupos, também foi verificada a homogeneidade da variância e a independência entre amostras. A linearidade entre todas as covariáveis e VDs foi igualmente confirmada, tal como a homogeneidade das inclinações de regressão e a independência entre VIs e covariáveis. Os resultados das múltiplas testagens podem ser encontrados no Anexo G.

Para pôr à prova a Hipótese 1 foram, então, precisas uma ANCOVA *Two-way* para cada VD. A primeira ANCOVA *Two-way* (Tabela 5) examinou os efeitos da idade do perfil (jovem, meia-idade, sénior) e do género do perfil (masculino, feminino) nas avaliações de Calorosidade do Psicólogo, controlando as restantes covariáveis. Houve efeitos principais significativos, entre baixos e moderados, da idade, $F(2.201) = 4.92$, $p < .01$, $\eta p^2 = .05$, e do género, $F(1.201) = 9.84$, $p < .01$, $\eta p^2 = .05$, tal como um efeito de interação entre as duas variáveis, $F(2.201) = 5.99$, $p < .01$, $\eta p^2 = ,06$, (Cohen, 1992).

Tabela 5

Efeitos da Idade e Género do Perfil na Calorosidade do Psicólogo Percebida

Fonte de variação	Soma dos Quadrados de Tipo III	g.l.	Quadrados Médios	*F*	Sig.	*Eta*-quadrado Parcial	Parâmetro de Não-centralidade	Potência
Modelo Corrigido	52.48	9	5.83	12.09	<.001	.351	108.85	1.00
Intercepto	9.80	1	9.80	20.33	<.001	.092	20.33	.99
Atratividade	5.10	1	5.10	10.58	<.001	.050	10.58	.90
Amabilidade	8.66	1	8.66	17.95	.005	.082	17.95	.99
Conscienciosidade	6.80	1	6.80	14.11	<.001	.066	14.11	.96
FQC	1.87	1	1.87	3.87	.007	.019	3.87	.50
Idade Perfil	4.74	2	2.37	4.92	<.001	.047	9.83	.80
Género Perfil	4.75	1	4.75	9.84	.883	.047	9.84	.88
Idade Perfil * Género Perfil	5.78	2	2.89	5.99	.006	.056	11.98	.88
Quadrados de Erro	96.91	201	0.48					
Total	1633.00	211						
Total Corrigido	149.40	210						

Nota. R quadrado = .351 (*R* quadrado ajustado = .322)

A análise *post hoc*, através da testagem Bonferroni, revelou uma diferença significativa nas médias marginais estimadas (*EMM*) entre a meia-idade (*EMM* = 2.48) e senioridade (*EMM* = 2.857) ($p < .01$), esta que foi a idade do perfil avaliada como mais calorosa. Já no género, as psicólogas femininas foram classificadas como mais calorosas (*EMM* = 2.81) do que os masculinos (*EMM* = 2.498) ($p < .01$). Sobre a interação da idade com o género, a inspeção das *EMM* ou da Figura 10 (Anexo G) ilustra como as psicólogas seniores foram mais bem avaliadas do que qualquer outro grupo ($p \leq .003$), enquanto os outros grupos não exemplificaram outras diferenças entre eles. Os valores das médias originalmente obtidas (e *DP*), retirando o efeito das covariáveis no seu total, para cada grupo acima discutidos podem ser encontrados na Tabela 11, Anexo F.

O mesmo padrão foi observado numa ANOVA *Two-way*, apresentando menores valores de variância explicada para os efeitos principais e de interação, indicando que os resultados foram robustos à inclusão das covariáveis. Usando a ANCOVA, tal se conseguiu isolar o efeito da idade, como revelar um efeito do género, um baixo-moderado da atratividade, $F(1.201) = 10.58$, $p = .001$, $\eta p^2 = .05$, e um efeito moderado da amabilidade, $F(1.201) = 17.95$, $p < .001$, $\eta p^2 = .08$, e conscienciosidade, $F(1.201) = 14.11$, $p < .001$, $\eta p^2 = .07$ (Cohen, 1992).

A seguir da análise anterior, foi executado um processo idêntico para testar os efeitos da das condições experimentais (idade e género) na avaliação da Competência do Psicólogo, controlando para as mesmas covariáveis. Conforme a Tabela 6, esta ANCOVA *Two-way* revelou um efeito principal moderado e significativo da idade, $F(2.201) = 11.07$, $p < .001$, $\eta p^2 = .10$, algo que, desta vez, não aconteceu para o género, mas manteve uma interação significativa, baixa a moderada, dos dois, $F(2.201) = 5.18$, $p < .01$, $\eta p^2 = .05$ (Cohen, 1992). Também se pôde encontrar efeitos significativos para todas as covariáveis, de níveis baixos a moderados.

Destaca-se a segunda vez que a conscienciosidade do participante tem um tamanho de efeito moderado, $F(1.201) = 13.21$, $p < .001$, $\eta p^2 = .06$, contribuindo de forma semelhante para a variância da Calorosidade e Competência do Psicólogo. Também a idade do perfil apresentou uma variância significativa em ambos, especialmente nesta segunda testagem. O teste *post hoc* de Bonferroni revelou uma diferença significativa da média da idade sénior em relação às outras duas faixas etárias ($p \leq .008$). Os participantes compreenderam os psicólogos mais velhos significativamente menos competentes (*EMM* = 3.06) que ambos os jovens (*EMM* = 3.41) e os adultos de meia-idade (*EMM* = 3.52). Novamente, os valores das médias originalmente obtidas (e *DP*), retirando o efeito das covariáveis no seu total, para cada grupo acima discutidos podem ser encontrados na Tabela 11, Anexo F.

Este é um achado inverso aos valores obtidos em relação à Calorosidade, também verificado para o género e semelhante à literatura. Adicionalmente, a interação das duas variáveis manteve-se. De acordo com a Figura 11 (Anexo G) e as *EMM* calculadas para todos os grupos, a interação revela maiores efeitos nas mulheres, novamente, mostrando um maior declínio da Competência do Psicólogo com a idade sénior ($p \leq .002$) que as duas restantes e um maior pico na meia-idade.

Tabela 6

Efeitos da Idade e Género do Perfil na Competência do Psicólogo Percebida

Fonte de variação	Soma dos Quadrados de Tipo III	g.l.	Quadrados Médios	*F*	Sig.	*Eta*-quadrado Parcial	Parâmetro de Não-centralidade	Potência
Modelo Corrigido	36,99	9	4,11	12,60	<,001	,361	113,37	1,00
Intercepto	25,43	1	25,43	77,94	<,001	,279	77,94	1,00
Atratividade	4,05	1	4,05	12,40	<,001	,058	12,40	,94
Amabilidade	2,64	1	2,64	8,08	,005	,039	8,08	,81
Conscienciosidade	4,31	1	4,31	13,21	<,001	,062	13,21	,95
FQC	2,46	1	2,46	7,55	,007	,036	7,55	,78
Idade Perfil	7,22	2	3,61	11,07	<,001	,099	22,13	,99
Género Perfil	0,01	1	0,01	0,04	,883	,000	0,04	,06
Idade Perfil * Género Perfil	3,38	2	1,69	5,18	,006	,049	10,35	,82
Quadrados de Erro	65,58	201	0,33					
Total	2455,17	211						
Total Corrigido	102,57	210						

Nota. R quadrado = ,361 (*R* quadrado ajustado = ,332)

Optando também por explorar os achados em ANOVA *Two-way*, encontrou-se um largo efeito principal da idade, $F(2.201) = 7.20$, $p < .001$, $\eta p^2 = .14$, corroborando melhor a Hipótese 1, enquanto o efeito de interação desapareceu. Contando apenas com esta manipulação, o modelo explicou uma pequena parte na variância da Competência do Psicólogo ($R^2 = .163$), enquanto a ANCOVA realizada teve um efeito moderado na variância explicada ($R^2 = .361$). Novamente, verifica-se a robustez da ANCOVA, enquanto também se obtém o conhecimento de, tendo em conta outros fatores, a influência da idade na avaliação de Competência do Psicólogo mostra-se menos saliente.

Estes resultados sugerem que, apesar do estereótipo social de maior sabedoria associada à idade, no contexto da primeira impressão profissional, perfis mais velhos podem ser alvo de inferências negativas sobre competência, consistentes com literatura sobre idadismo.

Englobando os resultados da testagem dos efeitos da idade para ambas a Calorosidade do Psicólogo e Competência do Psicólogo, sustenta-se, em parte, a Hipótese 1: "influência da idade nas avaliações da dominância, confiabilidade, calorosidade e competência (novamente, Calorosidade e Competência do Psicólogo), esperando melhores avaliações para a faixa etária da meia-idade". A idade, realmente, revelou um efeito principal significativo em ambas as dimensões. No entanto, a segunda parte da hipótese ("esperando melhores avaliações para a faixa etária da meia-idade") não é sustentada. Para a Calorosidade do Psicólogo, foi a idade sénior que se diferenciou pela positiva na perceção desta dimensão. Para a Competência do Psicólogo, realmente, a meia-idade diferenciou-se positivamente da idade sénior, mas o mesmo não aconteceu em comparação com a idade jovem. Por outro lado, em conjunto, os dados obtidos poderão corroborar literatura prévia na investigação do modelo de competência e calorosidade relacionados ao idadismo (e.g., Fiske et al., 2002) – a perceção de menor competência e maior calorosidade na idade sénior e idosa. Ou seja, corroborando a influência da idade na perceção das dimensões presentes, o mesmo não se poderá ser afirmado para a vantagem da meia-idade na perceção destas dimensões.

Testes da Hipótese 2 – Regressão Linear Múltipla Hierárquica

Para testar a Hipótese 2: "se a probabilidade de escolher ou continuar com o psicólogo clínico era prevista pelas variáveis previamente mencionadas (dominância, confiabilidade, calorosidade e competência), juntamente com a idade", foram realizadas duas RLM-H (uma para cada VD, a Probabilidade de Escolher o Psicólogo e a Probabilidade de Continuar com o Psicólogo) em dois blocos, pelo método *Enter*. No Bloco 1, foram inseridas as covariáveis a controlar – as mesmas presentes na análise anterior (Atratividade, Frequência e Qualidade de Contacto, Amabilidade e Conscienciosidade). No Bloco 2, foram inseridas as variáveis que refletiam a manipulação experimental (idade e género do perfil) e a perceção de calorosidade e competência, visto o seu foco no presente estudo e Hipótese 1 e 2, tal como a alta correlação com as VDs presentes.

Para confirmar os pressupostos, foi executado o teste de Durbin-Watson (= 1.9 para ambas as regressões), gravados os valores estimados e os resíduos, tal como os resíduos estandardizados (curva normal), a distância de Cook (< 1), analisados os *P-P plots* (próximos da diagonal), *scatterplots* dos resíduos (sem afunilamento), valores dos itens no Fator

Inflacionador da Variância (VIF; < 5) e tolerância (> .2) (Maroco, 2007) para as duas RLM-H. Esta análise assegurou a robustez dos modelos, tanto da Probabilidade de Escolher, como da Probabilidade de Continuar.

Tabela 7

Fatores Preditores da Probabilidade de Escolher o Psicólogo

Modelo		β Estandardizado	*t*	*p*
1	Constante		1.641	.102
	Atratividade	.15	2.211	.028
	FQC	.19	2.701	.007
	Amabilidade	.21	3.133	.002
	Conscienciosidade	-.10	-1.499	.136
2	Constante		-1.023	.308
	Atratividade	-.05	-0.680	.497
	FQC	.09	1.407	.161
	Amabilidade	.10	1.503	.134
	Conscienciosidade	.30	0.476	.634
	Idade Perfil	-.06	-0.841	.401
	Género Perfil	-.06	-0.988	.324
	Calorosidade	.25	3.609	<.001
	Competência	.37	5.308	<.001

Nota. $R^2_{Modelo\ 1}$ = .164; $R^2_{Modelo\ 2}$ = .347; ΔR^2 = .133 (p < .001)

Da RLM-H à Probabilidade de Escolher o Psicólogo resultaram os dados compilados na Tabela 7. No primeiro bloco, as covariáveis explicaram 16.4% da variância, R^2 = .164, $F(4.206) = 10.11$, $p < .001$. Ao adicionar as variáveis experimentais (idade e género perfil) e as dimensões de perceção (Calorosidade e Competência do Psicólogo) no segundo bloco, houve um aumento significativo da variância explicada, ΔR^2 = .133, *F-change*$(4.202) = 14.11$, $p <$ .001, uma mudança aproximadamente moderada, culminando num valor final elevado, R^2 = .347, $F(8.202) = 13.40$, $p < .001$ (Cohen, 1922). No modelo final, a Calorosidade ($\beta = .25$, $p <$ .001) e Competência do Psicólogo ($\beta = .37$, $p < .001$) foram os maiores preditores positivos e significativos da intenção de escolher o psicólogo clínico, enquanto a idade e género do perfil não tiveram efeito significativo ($p \geq .32$). Estes resultados sugerem que as perceções de Competência e Calorosidade do Psicólogo são as principais determinantes, recolhidos nesta

investigação, da intenção de escolha, independentemente das covariáveis ou idade ou género do psicólogo.

Tabela 8

Fatores Preditores da Probabilidade de Continuar com o Psicólogo

Modelo		β Estandardizado	*t*	*p*
1	Constante		3.188	.102
	Atratividade	.07	1.117	.265
	FQC	.18	2.615	.010
	Amabilidade	.27	4.070	<.001
	Conscienciosidade	-.19	-2.974	.003
2	Constante		-0.901	.368
	Atratividade	-.11	-1.603	.110
	FQC	.07	1.218	.225
	Amabilidade	.14	2.237	.026
	Conscienciosidade	-.04	-0.686	.493
	Idade Perfil	-.01	-0.087	.931
	Género Perfil	-.02	-0.344	.731
	Calorosidade	.29	4.348	<.001
	Competência	.40	6.056	<.001

Nota. $R^2_{Modelo\ 1}$ = .194; $R^2_{Modelo\ 2}$ = .410; ΔR^2 = .216 ($p < .001$)

O processo foi repetido para a Probabilidade de Continuar com o Psicólogo. Os seus resultados principais estão compilados na Tabela 8. Poderá verificar-se a presença dos mesmos blocos e variáveis, no entanto, nem todas contribuíram para a variância explicada da mesma forma. No primeiro bloco, as covariáveis explicaram um total de 19.4% da variância, R^2 = .194, $F(4.206)$ = 12.40, $p < .001$. A adição das novas variáveis no bloco 2 aumentou a variância explicada em 21.6%, ΔR^2 = .216, *F-change*(4.202) = 13.53, $p < .001$, uma mudança moderada, e o modelo final explicou 41% da variância total, R^2 = .410, $F(8.202)$ = 13.18, $p < .001$, um valor muito elevado (Cohen, 1922). Tal como para a VD anterior, a Calorosidade (β = .29, $p <$ .001) e a Competência do Psicólogo (β = .40, $p < .001$) foram os maiores preditores positivos e significativos da intenção de continuar com o psicólogo clínico, enquanto a idade e o género do psicólogo, novamente, não serviram como preditores significativos ($p \geq .73$). Contudo, desta vez, também a amabilidade do avaliador representou um preditor positivo significativo (β = .14,

$p < .05$). Estes resultados replicam o significado da RLM-H para a intenção de escolha, agora para a intenção de continuidade, também incluindo um traço de personalidade do cliente como influenciador significativo nessa decisão.

Em relação aos resultados obtidos nas duas RLM-H, sustenta-se parte da Hipótese 2: a probabilidade de escolher ou continuar com o psicólogo clínico foi prevista pelas Calorosidade e Competência do Psicólogo. Enquanto as perceções destas duas dimensões emergiram como os principais preditores da intenção de escolher e continuar com o psicólogo clínico, as características demográficas do profissional (idade e género) ou do cliente (amabilidade e conscienciosidade) não apresentaram um efeito significativo (na maioria dos casos). Deste modo, em oposição à Hipótese 2, a idade não previu as duas decisões aqui mencionadas.

Dados Adicionais: Comentários Abertos Sobre Outros Fatores do Psicólogo

Para complementar a análise quantitativa, os participantes tiveram a oportunidade de indicar, em formato de resposta aberta, outros fatores relevantes para a avaliação de um psicólogo clínico que não tivessem sido incluídos no questionário. A idade não foi mencionada ao longo do instrumento, de forma a evitar ativação explícita do construto.

Foram recolhidas 53 respostas (26.06% da amostra total). A análise descritiva do conteúdo revelou que a idade, ou a diferença de idade entre psicólogo e cliente, foi mencionada em 33 respostas (62.26%). Em 17 destas (51.52%), os participantes expressaram desconforto, preferência ou reserva relativamente à idade específica do psicólogo apresentado. Outros fatores mencionados incluíram o género (n = 5, 9.43%), a competência/qualificações e qualidades relacionais do psicólogo (e.g., modelo teórico, empatia, experiência clínica) em 9 respostas (16.98%) e a necessidade de conhecer o psicólogo antes de formular uma avaliação em 6 respostas (11.32%). Importa notar que alguns participantes referiram mais do que um fator, pelo que as frequências não equivalem a 100%.

Este material qualitativo reforça a relevância atribuída pelos participantes à idade do psicólogo, mesmo quando esta variável não foi explicitamente salientada no questionário.

Discussão

O presente estudo teve como objetivo explorar a forma como a idade do psicólogo clínico influencia as perceções iniciais de potenciais clientes, bem como examinar até que ponto essas a idade e essas perceções predizem a intenção de o escolher e continuar com ele. A investigação focou-se nas dimensões centrais do SCM (Fiske et al., 2002; Fiske, 2018) – a calorosidade e a competência – juntas com os conceitos de Willis e Todorov (2006),

confiabilidade e dominância, aplicados ao contexto psicoterapêutico, um campo onde a literatura sobre a idade é escassa. Ou seja, pretendeu-se clarificar a importância da idade do psicólogo clínico para as perceções resultantes desse julgamento, tal como perceber o seu papel, juntamente com os fatores que ela influenciara, na intenção de iniciar ou continuar acompanhamento com o psicólogo. Em conjunto, estes objetivos procuraram contribuir para uma compreensão mais robusta da forma como o idadismo e primeiras impressões contribuem para a intenção do estabelecimento e/ou manutenção do processo terapêutico.

Os resultados demonstraram, primeiro de tudo, uma reestruturação dos construtos "calorosidade" e "competência" à luz do psicólogo clínico. Embora se esperasse que "honestidade" e "sinceridade" se juntassem à dimensão afetiva, a sua dimensão original, estes itens agruparam-se com indicadores de competência, juntamente com a dominância, formando uma dimensão ampliada, interpretada como a Competência do Psicólogo. Este padrão sugere que, no contexto clínico, atributos éticos e interpessoais – como sinceridade, honestidade e capacidade de assumir uma postura assertiva – são percebidos como componentes centrais da competência profissional, refletindo a relevância prática da integridade, genuinidade e autoridade no espaço terapêutico e na perceção da capacidade técnica. Já os itens remanescentes agruparam-se numa segunda dimensão, a Calorosidade do Psicólogo, preservando o núcleo afetivo associado à empatia, proximidade e acessibilidade emocional. Assim, só a partir desta organização fatorial se pode compreender as minúcias do contexto psicoterapêutico, que indicam que os clientes não separaram estritamente a qualificação do profissional e a relação com ele, incluindo valores éticos e de assertividade à conceção de competência clínica, sugerindo uma perceção integrada das qualidades necessárias ao exercício eficaz da psicoterapia. No passado, apenas se verificou algo semelhante na investigação de Mimoso (2021), no contexto da escolha de um médico, com base, também, no seu perfil online.

Com estas medidas estabelecidas, a testagem da primeira hipótese revelou que a idade do psicólogo teve um impacto significativo nas perceções de calorosidade e competência, corroborando-a e à literatura que a precede (e.g., de la Fuente-Núñez et al., 2021; Fiske et al., 2002; Fiske, 2018; WHO, 2021). Com um olhar detalhado, verifica-se que as psicólogas seniores foram as avaliadas como mais calorosas do que todos os outros grupos. A perceção aumentada de calorosidade em psicólogas seniores pode refletir representações sociais positivas associadas ao envelhecimento feminino no domínio relacional, por exemplo, a figura "materna" ou "sábia", frequentemente evocada em contextos de cuidado (Schulman, 2003). Observando a interação entre a idade e o género, podemos evidenciar como as mulheres têm uma avaliação

mais drástica entre faixas etárias e dimensões interpessoais. Enquanto, ao que parece, a competência e calorosidade do psicólogo masculino são percecionadas como diminuindo com a idade, estas duas dimensões no género feminino formam um pico na competência e uma depressão na calorosidade significativas, ambas na meia-idade (ver Figuras 10 e 11). Estes resultados sugerem que o impacto da idade na perceção do psicólogo não opera de forma uniforme e que o género do profissional pode representar um efeito moderador.

Em relação à competência, especificamente, a perceção de uma redução com o aumento da idade confirma tendências identificadas em estudos sobre idadismo (Fiske et al., 2002; WHO, 2021), incluindo no contexto profissional, onde adultos mais velhos são frequentemente avaliados como menos competentes, menos adaptáveis ou menos atualizados (Posthuma & Campion, 2009). O psicólogo clínico, ao situar-se num espaço híbrido de poder na relação, entre o prestador de serviços e empregado do cliente, pode fornecer um terreno fértil para que os julgamentos estereotípicos emerjam de igual forma que num trabalho de escritório, onde os relatos são mais comuns.

Por outro lado, literatura recente sobre os fatores comuns reforça que as caraterísticas interpessoais do terapeuta constituem um dos determinantes mais robustos dos resultados da psicoterapia (Johns et al., 2019; Seewald & Rief, 2023). Para além da competência técnica e da transmissão de informação factual, a forma como o psicólogo interage com o cliente, em particular, a sua capacidade de demonstrar cuidado e disponibilidade emocional, influencia significativamente a forma como esta é recebida (Schulz von Thun et al., 2014, citado por Seewald & Rief, 2023). Neste sentido, a calorosidade e competência têm sido identificadas como dimensões centrais na relação com entre psicólogo e cliente (Howe et al., 2019; Seewald & Rief, 2023). Importa, também, salientar como a literatura encontrou a coexistência destas dimensões, sendo possível um psicólogo demonstrar simultaneamente proximidade relacional e domínio técnico (Seewald & Rief, 2023) – um padrão também observado no presente estudo.

Não só como caraterísticas importantes durante a psicoterapia, a partir desta investigação, a calorosidade e competência emergiram como as principais preditoras da intenção de escolher e continuar com o psicólogo clínico, sobrepondo-se ao impacto direto da idade, do género e da maioria das covariáveis (aspetos do cliente ou outra pista visual do psicólogo – a atratividade), corroborando, em grande parte, a segunda hipótese. Esta constatação é relevante, pois indica que, embora características sociodemográficas possam influenciar a perceção inicial, são sobretudo as inferências sobre fatores emocionais e

cognitivos do psicólogo que determinam a intenção do cliente em estabelecer e/ou manter o acompanhamento com o mesmo.

Contudo, e complementarmente, quando dada voz, os dados qualitativos evidenciaram que a idade do psicólogo emergiu espontaneamente como tema relevante para os participantes, mesmo não sendo salientada explicitamente no questionário. Este achado reforça a idade como saliente na perceção e ponderação sobre o psicólogo.

Implicações Práticas

Os resultados desta investigação apresentam implicações relevantes para a compreensão da perceção do psicólogo clínico no contexto da prática terapêutica. Em primeiro lugar, os dados sugerem que a idade do psicólogo funciona como um sinal relevante, capaz de influenciar a formação de impressões iniciais, particularmente nas dimensões da calorosidade e da competência. Este achado também reforça a aplicabilidade do SCM e a investigação sobre o julgamento através de pistas visuais ao campo psicoterapêutico (e.g., Mimoso, 2021; Seewald & Rief, 2023), enfatizando que, embora a idade não determine a eficácia terapêutica através dos fatores comuns (responsáveis por cerca de 40% da mudança), pode moldar expectativas e influenciar o estabelecimento inicial da relação terapêutica (responsáveis por cerca de 15% da mudança) (Lambert, 2005; Norcross & Lambert, 2011).

Na mesma, estes achados sublinham a pertinência dos fatores comuns, nomeadamente, os englobados na Competência e Calorosidade do Psicólogo, não só pelo impacto já conhecido, mas também pela prova forte de influência na decisão de escolher e/ou continuar o acompanhamento com o profissional. Em cadeia, estes resultados também sustentam a relevância das perceções associadas à idade estimada do psicólogo, visto também influenciarem moderadamente as impressões destes dois outros construtos, tão importantes no início da relação terapêutica, como para a sua continuidade.

Finalmente, a emergência de uma dimensão integrada de competência clínica, na qual atributos emocionais e relacionais se juntam a indicadores de assertividade e capacidade técnica, evidencia que, para potenciais clientes, a competência do psicólogo não é meramente técnica, mas antes um conjunto muito mais rico e igualmente valorizado na literatura sobre a eficácia terapêutica… algo mais semelhante aos valores associados aos fatores comuns (Lambert, 2005, 2013, 2015; Lambert & Baldwin, 2009; Norcross & Lambert, 2011), reforçando perspetivas contemporâneas da psicoterapia que destacam a competência relacional como central na eficácia clínica (Roos & Werbart, 2013; Seewald & Rief, 2023; Sousa, 2017).

Metodologicamente, este estudo contribui e adiciona (e.g., Mimoso, 2021; Seewald & Rief, 2023), ao demonstrar a utilidade de estímulos visuais controlados para investigar julgamentos iniciais na psicoterapia, permitindo isolar variáveis-alvo como a idade, um aspeto assumido como banal e pouco explorado neste contexto terapêutico, na verdade, podendo ser encontrado associado aos conceitos do modelo de Lambert de quatro fatores (i.e., Lambert, 2005; Norcross & Lambert, 2011). Igualmente, preenche a lacuna na investigação sobre a perceção da idade do terapeuta pelo cliente. Por fim, estas decisões metodológicas fortalecem a compreensão das dimensões emocionais e cognitivas selecionadas, que podem ser percecionadas antes mesmo do primeiro contacto clínico.

Limitações e Estudos Futuros

Apesar dos contributos, importa reconhecer algumas limitações. A amostra foi constituída maioritariamente por participantes não clínicos e de faixa etária jovem, o que possibilita a generalização para populações mais amplas, mas limita para casos específicos, como, por exemplo, indivíduos que já se encontram num processo terapêutico. A utilização de imagens estáticas, embora permita controlo experimental, não captura nuances comunicacionais presentes em interações reais, como o tom de voz, linguagem corporal, ritmo da fala e responsividade emocional – outras pistas importantes, usadas para a consolidação de impressões sobre os construtos presentemente explorados (Koppensteiner et al, 2016). A investigação centrou-se, ainda, em perceções iniciais e intenção de escolha e/ou continuação, não avaliando comportamentos reais de procura de terapia ou mudanças na perceção ao longo da relação terapêutica. Ainda assim, evidências sugerem forte ligação entre intenção e comportamento (Ajzen, 1991).

Além disso, as manipulações de idade foram realizadas a partir de rostos modificados, o que, embora metodologicamente adequado, não elimina o risco de resquícios de artificialidade facial ou vieses no padrão de envelhecimento adotado pelo *software*, ainda que pré-testados e sem incidência de resultados que verificassem estranhezas nas imagens. Finalmente, embora tenham sido controladas diversas variáveis relevantes, outras, tais como as apontadas por participantes (como a orientação teórica do psicólogo, estilo comunicacional ou anos de experiência profissional), não foram incluídas, podendo influenciar de maneira diferente as perceções dos fenómenos explorados.

Futuras investigações poderão recorrer a métodos mais próximos da prática clínica, como materiais audiovisuais (e.g., Seewald & Rief, 2023), simulações de sessão ou delineamentos longitudinais, para observar como perceções iniciais sobre a idade e os fatores

comuns evoluem ao longo do processo terapêutico. Será igualmente útil explorar este fenómeno em psicoterapia online, em que a visão do psicólogo é, aproximadamente, igual ao quadrado da fotografia dos perfis. Retrospetivamente, sugere-se trabalhar com participantes com experiência prévia de terapia e perceber como as impressões evoluíram. Tal como o delineamento deste estudo acrescenta ao de Mimoso (2021), outras variáveis ou contextos podem ser igualmente explorados usando um método e delineamento semelhantes.

Considerações Finais

O presente estudo demonstrou que a idade (e o género) do psicólogo influenciam as perceções iniciais de potenciais clientes, sobretudo nas dimensões de calorosidade e competência, enquanto estas ainda se revelaram mais determinantes do que quaisquer outras variáveis na intenção de escolher e continuar o acompanhamento. Os participantes valorizaram uma visão integrada de competência, combinando aspetos técnicos, éticos e relacionais, alinhada com a literatura dos fatores comuns e com a importância da competência relacional na eficácia terapêutica.

Apesar de limitações como a natureza estática dos estímulos e uma amostra maioritariamente jovem, os resultados contribuem para um campo ainda pouco explorado e evidenciam alguma influência da idade do terapeuta na intenção de escolha e continuação do acompanhamento, tal como na perceção das suas capacidades emocionais e de competência, podendo incitar expectativas e enviesamentos sobre fenómenos ainda mais importantes na cadeia de eficácia terapêutica (e.g., relação terapêutica). Igualmente, a partir das variáveis presentemente investigadas, é sobretudo a perceção das duas dimensões anteriores que orienta a decisão do cliente, reforçando o papel central da apresentação calorosa e competente, tal como na futura interação presencial, durante a prática clínica.

Referências

Aharon, O. N., Aisenberg-Shafran, D., & Levi-Belz, Y. (2024). The effect of suicide severity and patient's age on mental health professionals' willingness to treat: The moderating effect of ageism. *Death studies, 48*(7), 652-662.

Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational behavior and human decision processes*, *50*(2), 179-211.

Allport, G. W. (1954). *The Nature of Prejudice*. Reading, MA: Addison-Wesley.

Alves, F. D. (2021). *Atratividade 1-competência 0: a influência da atratividade facial em processos de seleção de pessoal.* [Dissertação de Mestrado, ISPA – Instituto Universitário]. Repositório ISPA.

American Psychological Association (2023, 15 de novembro). *adulthood*. APA Dictionary of Psychology. Acedido a 17 de dezembro, 2024. https://dictionary.apa.org/adulthood.

American Psychological Association, Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist, 61*(4), 271–285.

Anderson, T., Crowley, M. E. J., Himawan, L., Holmberg, J. K., & Uhlin, B. D. (2016). Therapist facilitative interpersonal skills and training status: A randomized clinical trial on alliance and outcome. *Psychotherapy Research*, *26*(5), 511-529.

Asch, S. E. (1946). Forming impressions of personality. *The Journal of Abnormal and Social Psychology, 41*(3), 258.

Bodner, E. (2009). On the origins of ageism among older and younger adults. *International Psychogeriatrics*, *21*(6), 1003-1014.

Bratt, C., Abrams, D., Swift, H. J., Vauclair, C. M., & Marques, S. (2018). Perceived age discrimination across age in Europe: From an ageing society to a society for all ages. *Developmental psychology*, *54*(1), 167.

Britannica (2024, 26 de agosto). *middle age*. Britannica. Acedido a 17 de dezembro, 2024. https://www.britannica.com/science/middle-age.

Brown, T. A. (2015). *Confirmatory factor analysis for applied research (2nd ed.)*. Guilford Press.

Budge, S. L., Owen, J. J., Kopta, S. M., Minami, T., Hanson, M. R., & Hirsch, G. (2013). Differences among trainees in client outcomes associated with the phase model of change. *Psychotherapy*, *50*(2), 150.

Butler, R. N. (1969). Age-ism: Another form of bigotry. *The gerontologist, 9*(4), 243-246.

Chasteen, A. L., Horhota, M., & Crumley-Branyon, J. J. (2021). Overlooked and underestimated: experiences of ageism in young, middle-aged, and older adults. *The Journals of Gerontology: Series B*, *76*(7), 1323-1328.

Chasteen, A. L., Schwarz, N., & Park, D. C. (2002). The activation of aging stereotypes in younger and older adults. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, *57*(6), P540-P547.

Cohen, J. (1992). Quantitative methods in psychology: A power primer. *Psychol. Bull.*, *112*, 1155-1159.

de la Fuente-Núñez, V., Cohn-Schwartz, E., Roy, S., & Ayalon, L. (2021). Scoping review on ageism against younger populations. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(8), 3988

Del Re, A. C., Flückiger, C., Horvath, A. O., Symonds, D., & Wampold, B. E. (2012). Therapist effects in the therapeutic alliance–outcome relationship: A restricted-maximum likelihood meta-analysis. *Clinical psychology review*, *32*(7), 642-649.

Diekman, A. B., & Hirnisey, L. (2007). The effect of context on the silver ceiling: A role congruity perspective on prejudiced responses. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *33*(10), 1353-1366

Dion, K. K., Berscheid, E., & Walster, E. (1972). What is beautiful is good. *Journal of Personality and Social Psychology*, 24(3), 285-290.

Drury, L., Hutchison, P., & Abrams, D. (2016). Direct and extended intergenerational contact and young people's attitudes towards older adults. *British Journal of Social Psychology*, *55*(3), 522-543.

Duncan, C., & Loretto, W. (2004). Never the right age? Gender and age-based discrimination in employment. *Gender, Work & Organization*, 11(1), 95-115.

Eagly, A. H., Ashmore, R. D., Makhijani, M. G., & Longo, L. C. (1991). What is beautiful is good, but…: A meta-analytic review of research on the physical attractiveness stereotype. *Psychological bulletin*, *110*(1), 109.

Fiske, S. T. (2018). Stereotype content: Warmth and competence endure. *Current directions in psychological science*, *27*(2), 67-73.

Fiske, S. T., Cuddy, A. J., Glick, P., & Xu, J. (2002). A model of (often mixed) stereotype content: competence and warmth respectively follow from perceived status and competition. *Journal of Personality and Social Psychology, 82,* 878-902.

Fowler, C., & Gasiorek, J. (2024). Young adults' experiences of ageism in the United Kingdom: Forms, sources, and associations with intergenerational attitudes. *Journal of Social and Personal Relationships*, *41*(4), 892-911.

Francioli, S. P., & North, M. S. (2021). Youngism: The content, causes, and consequences of prejudices toward younger adults. *Journal of Experimental Psychology: General*, *150*(12), 2591.

Friehs, M. T., Kotzur, P. F., Böttcher, J., Zöller, A. K. C., Lüttmer, T., Wagner, U., ... & Van Zalk, M. H. (2022). Examining the structural validity of stereotype content scales–a preregistered re-analysis of published data and discussion of possible future directions. *International Review of Social Psychology*, *35*(1).

Fruhen, L. S., Watkins, C. D., & Jones, B. C. (2015). Perceptions of facial dominance, trustworthiness and attractiveness predict managerial pay awards in experimental tasks. *The Leadership Quarterly*, *26*(6), 1005-1016.

Giles, H., & Williams, A. (1994). Patronizing the young: Forms and evaluations. *The International Journal of Aging and Human Development*, *39*(1), 33-53.

Goldberg, S. B., Rousmaniere, T., Miller, S. D., Whipple, J., Nielsen, S. L., Hoyt, W. T., & Wampold, B. E. (2016). Do psychotherapists improve with time and experience? A longitudinal analysis of outcomes in a clinical setting. *Journal of counseling psychology, 63*(1), 1.

Gordon, R. A., & Arvey, R. D. (1986). Perceived and actual ages of workers. *Journal of Vocational Behavior*, *28*(1), 21-28.

Greenberg, J., Solomon, S. and Pyszczynski, T. (1997). Terror management theory of self-esteem and cultural worldviews: empirical assessments and conceptual refinements. In

M. P. Zanna (ed.), *Advances in Experimental Social Psychology* (Vol. 29, pp. 61–139). San Diego, CA: Academic Press.

Hassin, R., & Trope, Y. (2000). Facing faces: studies on the cognitive aspects of physiognomy. *Journal of personality and social psychology*, *78*(5), 837.

He, D., Workman, C. I., Kenett, Y. N., He, X., & Chatterjee, A. (2021). The effect of aging on facial attractiveness: An empirical and computational investigation. *Acta Psychologica*, *219*, 103385.

Hersoug, A. G., Høglend, P., Havik, O., von der Lippe, A., & Monsen, J. (2009). Therapist characteristics influencing the quality of alliance in long-term psychotherapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, *16*(2), 100-110.

Hosoda, M., Stone-Romero, E. F., & Coats, G. (2003). The effects of physical attractiveness on job-related outcomes: A meta-analysis of experimental studies. *Personnel psychology*, *56*(2), 431-462.

Howe, L. C., Leibowitz, K. A., & Crum, A. J. (2019). When your doctor "Gets It" and "Gets You": The critical role of competence and warmth in the patient-provider interaction. *Frontiers in Psychiatry, 10,* 475.

Johns, R. G., Barkham, M., Kellett, S., & Saxon, D. (2019). A systematic review of therapist effects: A critical narrative update and refinement to review. *Clinical psychology review*, *67*, 78-93.

Kenny, D. A., Kaniskan, B., & McCoach, D. B. (2015). The performance of RMSEA in models with small degrees of freedom. *Sociological methods & research*, *44*(3), 486-507.

Koder, D. A., & Helmes, E. (2008). Predictors of working with older adults in an Australian psychologist sample: Revisiting the influence of contact. *Professional Psychology: Research and Practice*, *39*(3), 276.

Kogan, N. (1979). A study of age categorization. *Journal of Gerontology*, *34*(3), 358-367.

Koppensteiner, M., Stephan, P., & Jäschke, J. P. M. (2016). Moving speeches: Dominance, trustworthiness and competence in body motion. *Personality and Individual Differences*, *94*, 101-106.

Kornhauser, A. W. (1922). The psychology of vocational selection. *Psychological Bulletin, 19*(4), 192–229.

Kranz, D., Thomas, N. M., & Hofer, J. (2021). Changes in age stereotypes in adolescent and older participants of an intergenerational encounter program. *Frontiers in Psychology*, *12*, 658797.

Kuball, T., Pollmanns, C., Asbrock, F., & Jahn, G. (2024). Older adults' stereotypes of and attitudes toward younger adults and intergenerational contact frequency. *Journal of Intergenerational Relationships*, *22*(3), 381-402.

Lambert, M. J. (2005). Implications of psychotherapy outcome research for psychotherapy integration. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (2ª edição) (pp. 94–129). New York: Basic Books

Lambert, M. J. (2013). Outcome in psychotherapy: the past and important advances. *Psychotherapy, 50*(1), 42-51.

Lambert, M. J. (2015). Progress feedback and the OQ-system: The past and the future. *Psychotherapy*, *52*(4), 381.

Lambert, M. J., & Baldwin, S. A. (2009). Some observations on studying therapists instead of treatment packages. *Clinical Psychology Science Practices, 15*, 82-85.

Langlois, J. H., Kalakanis, L., Rubenstein, A. J., Larson, A., Hallam, M., & Smoot, M. (2000). Maxims or myths of beauty? A meta-analytic and theoretical review. *Psychological bulletin*, *126*(3), 390.

Lederman, S., & Shefler, G. (2023). Psychotherapy with older adults: Ageism and the therapeutic process. *Psychotherapy Research, 33*(3), 350-361.

Linton, R. (1942). Age and sex categories. *American sociological review*, 589-603.

Ma, D. S., Correll, J., & Wittenbrink, B. (2015). The Chicago face database: A free stimulus set of faces and norming data. *Behavior research methods*, *47*(4), 1122-1135.

Maroco, J. (2007). *Análise estatística: com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.

Marques, S., Mariano, J., Mendonça, J., De Tavernier, W., Hess, M., Naegele, L., ... & Martins, D. (2020). Determinants of ageism against older adults: a systematic review. *International journal of environmental research and public health*, *17*(7), 2560.

Martens, A., Greenberg, J., Schimel, J., & Landau, M. J. (2004). Ageism and death: Effects of mortality salience and perceived similarity to elders on reactions to elderly people. *Personality and social psychology bulletin*, *30*(12), 1524-1536.

Miller, C. S., Kaspin, J. A., & Schuster, M. H. (1990). The impact of performance appraisal methods on age discrimination in employment act cases. *Personnel Psychology*, *43*(3), 555-578.

Mimoso, A. (2021). Quem vê as caras dos médicos, não vê os seus currículos: Como as impressões de personalidade realizadas a partir das fotografias dos médicos

influenciam a sua escolha. [Dissertação de Mestrado, ISPA – Instituto Universitário]. Repositório ISPA.

Mintz, S. (2008). Reflections on age as a category of historical analysis. *The Journal of the History of Childhood and Youth*, *1*(1), 91-94.

Navarro, D. J., & Foxcroft, D. R. (2022). Learning statistics with jamovi: A tutorial for psychology students and other beginners (Version 0.75). Cambridge, UK: Open Book Publishers. https://doi.org/10.11647/OBP.0333

Ng, R., Indran, N., & Liu, L. (2024). Social media discourse on ageism, sexism, and racism: Analysis of 150 million tweets over 15 years. *Journal of the American Geriatrics Society*.

Norcross, J. C., Krebs, P. M., & Prochaska, J. O. (2011). Stages of change. *Journal of clinical psychology*, *67*(2), 143-154.

Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2011). Evidence-based therapy relationships. In J. C. Norcross (Ed.), Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness (pp. 3-21). New York: Oxford University Press

North, M. S., & Fiske, S. T. (2012). An inconvenienced youth? Ageism and its potential intergenerational roots. *Psychological bulletin*, *138*(5), 982.

North, M. S., & Fiske, S. T. (2013). Act your (old) age: Prescriptive, ageist biases over succession, consumption, and identity. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *39*(6), 720-734.

Nyman, S. J., Nafziger, M. A., & Smith, T. B. (2010). Client outcomes across counselor training level within a multitiered supervision model. *Journal of Counseling & Development*, *88*(2), 204-209.

Oosterhof, N. N., & Todorov, A. (2008). The functional basis of face evaluation. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, *105*(32), 11087-11092.

Owen, J., & Hilsenroth, M. J. (2014). Treatment adherence: the importance of therapist flexibility in relation to therapy outcomes. *Journal of counseling psychology*, *61*(2), 280.

Owen, J., Wampold, B. E., Kopta, M., Rousmaniere, T., & Miller, S. D. (2016). As good as it gets? Therapy outcomes of trainees over time. *Journal of counseling psychology*, *63*(1), 12.

Palmore, E. B., Branch, L. and Harris, D. (eds.) (2005). *Encyclopedia of ageism*. Binghamton, NY: Haworth Press.

Perry, E. (1994). A Prototype Matching Approach to Understanding the Role of Applicant Gender and Age in the Evaluation of Job Applicants. *Journal of Applied Social Psychology, 24*(16), 1433-1473.

Pettigrew, T. F., & Tropp, L. R. (2006). A meta-analytic test of intergroup contact theory. *Journal of personality and social psychology*, *90*(5), 751.

Pisani, A., Franco, G., Patanè, I., Gambino, S., Vezzadini, G., D'Angelo, M., ... & Ciaramelli, E. (2025). The role of vmPFC in accessing the temporality of life events for mental time travel. *Scientific Reports*, *15*(1), 14375.

Posthuma, R. A., & Campion, M. A. (2009). Age stereotypes in the workplace: Common stereotypes, moderators, and future research directions. *Journal of management*, *35*(1), 158-188.

Protzko, J., & Schooler, J. W. (2019). Kids these days: Why the youth of today seem lacking. *Science Advances, 5*(10), eaav5916.

Pyne, K. (2020). *Age Bias in Clinical Judgment: Moderating Effects of Ageism and Multiculturalism* [Tese de Doutoramento, University of Denver].

Raykov, T. (1997). Estimation of composite reliability for congeneric measures. *Applied Psychological Measurement*, *21*(2), 173-184.

Roos, J., & Werbart, A. (2013). Therapist and relationship factors influencing dropout from individual psychotherapy: A literature review. *Psychotherapy research*, *23*(4), 394-418.

Seewald, A., & Rief, W. (2023). How to change negative outcome expectations in psychotherapy? The role of the therapist's warmth and competence. *Clinical Psychological Science*, *11*(1), 149-163.

Silva, A. (2017). *Adaptação e validação da Langer Mindfulness Scale para a população portuguesa: Um contributo* [Dissertação de Mestrado, ISPA – Instituto Universitário]. Repositório ISPA.

Sousa, D. (2017). *Investigação Científica em Psicoterapia e Prática Psicoterapêutica: Os dados da investigação mais relevantes para os clínicos*. Fim de Século Edições.

Stiles, W. B. (2013). The variables problem and progress in psychotherapy research. *Psychotherapy, 50*(1), 33–41.

Swift, J. K., & Greenberg, R. P. (2012). Premature discontinuation in adult psychotherapy: a meta-analysis. *Journal of consulting and clinical psychology*, *80*(4), 547.

Tajfel, H. (1981). *Human groups and social categories: Studies in social psychology*. Cambridge University Press.

Thorndike, E. L. (1920). A constant error in psychological ratings. *Journal of applied psychology*, *4*(1), 25-29.

Voelkle, M. C., Ebner, N. C., Lindenberger, U., & Riediger, M. (2011). Let me guess how old you are: effects of age, gender, and facial expression on perceptions of age. *Psychology and aging*, *27*(2), 265.

Willis, J., & Todorov, A. (2006). First impressions: Making up your mind after a 100-ms exposure to a face. *Psychological science*, *17*(7), 592-598.

World Health Organization. (2021). *Global report on ageism*. World Health Organization.

Anexos

Anexo A - Revisão de Literatura

Introdução - Como a Idade é Percecionada

A idade é uma das primeiras caraterísticas que se nota, tanto que sempre se pôde estimar. Mas quão precisa será a estimativa? E para que servirá, sequer? Porque se entreterá tal pensamento? Poderá ser usada para extrapolar algo além de um simples número? Enquanto esta reflexão possa surgir por puro entretenimento, também pode servir para criar assunções (Voelkle et al., 2011). Desde cedo que as pessoas aprendem a estimar a idade de quem observam, atribuindo-lhe significados adicionais (Bodner, 2009; World Health Organization [WHO], 2021).

Como forma de categorização (Kogan, 1979), a sociedade convergiu em faixas etárias para a idade (Kogan, 1979; Linton, 1942; Mintz, 2008), cada uma associada a diferentes crenças e significados distintos (Mintz, 2008), variando consoante as culturas onde são usadas (WHO, 2021). Assim, há mais que se diga para além do número. É comum que o envelhecimento nem sequer seja associado a uma idade específica, em primeiro lugar (Kogan, 1979). Quando se pensa na velhice, os primeiros elementos que costumam surgir são aspetos como a saúde e reforma, por exemplo, e só depois se consideram os limites etários que separam as categorizações (Kogan, 1979). Na mesma lógica, dois indivíduos com idades cronológicas próximas podem ser percecionados de forma muito diferente se forem identificados como pertencentes a categorias distintas (Kogan, 1979).

Esta tendência reflete a relevância dos rituais de transição e dos papéis sociais que acompanham cada estádio de vida, presentes nas mais diversas culturas (Linton, 1942) (e.g., conceitos também presentes nas teorias do desenvolvimento clássicas). Na classificação de Linton (1942), apesar de a idade desempenhar um papel, as categorias universais de “bebé”, “criança”, “adolescente”, “adulto” e “idoso” são principalmente separadas pelos tais processos de transição explícitos, tanto a nível fisiológico (e.g., puberdade), como de estatuto social (e.g., independência, reconhecimento social, acréscimo de responsabilidades). Deste modo, a idade torna-se uma estimativa adequada para compreender o outro, podendo influenciar, por exemplo, expectativas, atitudes ou comportamentos direcionados ao indivíduo (Voelkle et al., 2011).

Em suma, reconhecendo a natureza da estimativa da idade como apenas isso – uma estimativa – as faixas etárias tornam-se um estimador mais viável para inferir características do indivíduo, ainda que continuem a basear-se na idade. Assim, apesar de não existir um consenso

no intervalo de idades, para esta investigação as faixas etárias foram organizadas da seguinte forma: "jovem adulto" (dos 18 anos aos 39), "adulto de meia-idade" (dos 40 anos aos 64), "adulto sénior" (dos 65 anos aos 84) e "idoso" (a partir dos 85 anos) (*American Psychological Association* [APA], 2023; Britannica, 2024).

Por fim, estádios de desenvolvimento de criança e adolescente não foram considerados nesta investigação, porque não são objetos de estudo presentes. Para os que são (jovem, meia-idade e sénior), a literatura tende a usar os termos "*younger adult*", "*middle-aged*" e "*older adult*", o que torna os termos de "adulto sénior" e "idoso" intercambiáveis. Deste modo, dado que a literatura foca em caraterísticas de saúde ao reportar sobre *older adults,* "idoso" será o termo priorizado nesta revisão de literatura para a descrição da população após a meia-idade. No entanto, no estudo principal será usado o termo "sénior" ou "adulto sénior", visto, não só, se referir a um adulto antes da reforma, como o estímulo-alvo também estará dentro do intervalo de idades que define esta categoria.

Idadismo

Origem na academia. O processo pelo qual a pessoa estima ou (até mesmo) conhece a idade de outra e, a partir disso, assume outros aspetos do seu ser nomeia-se de idadismo (*ageism*) (Butler, 1969). O termo foi cunhado por este autor, Robert Neil Butler, no artigo em que relata observações deste julgamento, principalmente por indivíduos de meia-idade em direção a indivíduos mais velhos e mais novos. Butler (1969) descreveu idadismo como um "preconceito de um grupo etário em direção a outros grupos etários". Com um maior foco nos mais velhos, o autor identificou uma perspetiva de "repulsa pessoal e desgosto pelo envelhecimento, doença, incapacidade e o medo de perder poder, ficar inútil e, finalmente, da morte". Como o seu primeiro autor, a investigação continuou a focar a sua atenção nas pessoas mais velhas, após a meia-idade.

Evolução e definição atual. Atualmente, na comunidade científica, compreende-se "idadismo" como a categorização de pessoas com base na sua idade, muitas vezes resultando em avaliações injustas (WHO, 2021). O conceito estende-se nas três dimensões de julgamento: estereótipo (cognitivo, como pensamos sobre…), preconceito (emotivo, como nos sentimos sobre…) e discriminação (comportamental, como agimos em relação a…) e pode afetar todas as idades, sendo os idosos as principais vítimas, seguidos dos jovens (Marques et al, 2020; WHO, 2021). A investigação contemporânea também distingue entre idadismo a nível individual (interpessoal ou internalizado) e a nível institucional (relativo às instituições, cuidados de saúde, trabalho, políticas, regras, leis e normais sociais) (Marques et al, 2020;

WHO, 2021). O idadismo também pode ser positivo ou negativo, implícito ou explícito (Marques et al, 2020; North & Fiske, 2012; WHO, 2021), bem como descritivo ("como eles são") e prescritivo ("como eles devem agir") (North & Fiske, 2013). Segundo North e Fiske (2012), o idadismo é, muitas vezes, subtil, não calculado e com boas intenções, motivado por diferentes emoções sentidas em direção ao alvo, como a pena, simpatia e carinho, mas também pode ser deliberado, refletindo emoções como a inveja, raiva ou desprezo (WHO, 2021).

Origem na história. Mas quando começou, realmente, o idadismo? Registos históricos sugerem a presença de idadismo desde 624 A.D.. Protzko e Schooler (2019), encontraram evidências dos adultos mais velhos desse período queixarem-se das gerações mais novas, considerando-as menos respeitosas, mais preguiçosas e com piores guias morais. Estes autores defendem que a tendência para idealizar a juventude passada (a sua própria) e desvalorizar a presente é um viés cognitivo que se mantém, independentemente da geração. Assim, o idadismo não é um fenómeno moderno, mas uma constante que toma diferente forma com base no contexto da sua época. Contudo, o envelhecimento demográfico, o aumento da esperança média de vida e a crescente relevância atribuída às questões de diversidade tornaram o tema mais visível recentemente, interessando investigadores, política e organizações internacionais (WHO, 2021).

Teorias explicativas do idadismo – Identidade Social. Com esta recente enfâse, procurou-se compreender o fenómeno. Desta vez, sobre o porquê de se formar. Começando com a teoria da identidade social (Tajfel, 1981), os indivíduos constroem a sua identidade a partir da pertença a grupos sociais. Neste contexto, os indivíduos mais jovens irão preferir identificar-se com o seu próprio grupo etário (ao acreditar ser um grupo mais vantajoso, vitalício) distanciando-se dos demais grupos. Assim, percebe-se o idadismo como protetor do ego (North & Fiske, 2012) e fortificador da autoestima (Bodner, 2009). Contudo, caso o *ingroup* seja percebido como desvantajoso (e.g., ser idoso), o membro pertencente tem, na mesma, de procurar estratégias para afirmar ter uma identidade social positiva. Estas estratégias incluem destacar comparações favoráveis (e.g., acentuar aspetos positivos), desvalorizar o *outgroup* (Bodner, 2009; Protzko & Schooler, 2019; Tajfel, 1981), ou negar identificação com o grupo etário em questão (North & Fiske, 2013).

Teorias explicativas do idadismo – Gestão do Terror. A teoria de gestão do terror (Greenberg et al., 1997), propõe que a consciência da mortalidade humana gera ansiedade existencial, que é mitigada através de distrações ou fontes alternativas de angústia, provindas da sua autoestima e da interação do indivíduo com o mundo, em vez de se preocupar

constantemente com a morte. Ao caminhar para uma autoestima positiva, o sujeito sente que está a cumprir o seu papel no mundo, protegendo-se, simbolicamente, do medo da morte. O contacto com pessoas idosas desperta a lembrança da morte (Bodner, 2009; Butler, 1969), provocando desconforto e, consequentemente, afastamento ou rejeição. Assim, este contacto desencadeia reações idadistas como forma protetora, para afastar a ansiedade existencial associada ao envelhecimento e à morte (Bodner, 2009; Greenberg et al., 1997; Martens et al., 2004). Sugere-se, portanto, que as atitudes face à morte influenciam diretamente as atitudes em relação ao envelhecimento (North & Fiske, 2012).

Teorias explicativas do idadismo – Outras perspetivas. North e Fiske (2012) também sugerem o impacto visual do idoso, como explicado no efeito de halo (Kornhauser, 1922; Thorndike, 1920): pessoas mais velhas são percebidas como menos atrativas, o que leva à associação com outras caraterísticas negativas, como lentidão, cansaço ou apatia. Do ponto de vista evolutivo, refletem sobre a maior debilitação física e um maior risco de doença e contágio dos melhores candidatos à evolução – levando à sua desvalorização e exclusão (North & Fiske, 2012). No plano societal, os mesmos autores destacam como as mudanças tecnológicas reduziram a necessidade tradicional dos idosos como transmissores de sabedoria e história oral, mas que exigiram maior cuidado médico para prolongar as suas vidas, estas que não vão ser passadas a trabalhar e contribuir para a sociedade (North & Fiske, 2012).

Determinantes do idadismo. O idadismo é um fenómeno universal (Bodner, 2009), aprendido na infância e reforçado ao longo da vida (Bodner, 2009; WHO, 2021), sendo observável em idades tão precoces como os três (Bodner, 2009) ou quatro anos (WHO, 2021). Desde cedo que se começam a internalizar e usar os estereótipos, de tal forma que perduram mesmo enquanto a pessoa atinge a idade à qual estão associados (idadismo internalizado) (WHO, 2021). Alguns dos fatores que perduram o idadismo incluem uma diferença acentuada de idade face à vítima (quanto mais distante, maior a probabilidade de idadismo) (de la Fuente-Núñez et al., 2021; WHO, 2021), o contexto (e.g., no trabalho, especialmente a jovens) (Chasteen et al., 2021; Fowler & Gasiorek, 2024) e como um fator para a tomada de decisão (e.g., acreditar em uma idade ideal para uma posição de emprego e a necessidade de escolher entre múltiplos candidatos) (de la Fuente-Núñez et al., 2021). Alguns traços de personalidade estão correlacionados com menor perpetuação do idadismo, como a agradabilidade, extroversão e conscienciosidade (de la Fuente-Núñez et al., 2021; Marques et al, 2020), tal como a filosofia cultural de coletivismo e o aumento da idade (Marques et al, 2020).

Fatores de risco e fatores de proteção associados ao idadismo. Encontrou-se, na literatura, um conjunto de fatores de proteção comuns para ambas as faixas etárias (jovem e idoso), começando com o traço de personalidade de abertura (WHO, 2021), o contacto intergeracional (de la Fuente-Núñez et al., 2021; WHO, 2021) e a informação pessoal fornecida (quanto mais, menos provável sofrer idadismo) (de la Fuente-Núñez et al., 2021; Posthuma & Campion, 2009). Fatores de risco incluem certas áreas profissionais, como no setor hospitalar, de alta-tecnologia (WHO, 2021), finança e comercial (Posthuma & Campion, 2009); pertencer a outro subgrupo comummente julgado, alguma deficiência física ou mental (WHO, 2021) e ser mulher: o género em que há maior perpetuação de idadismo (e.g., beleza e estatuto) (de la Fuente-Núñez et al., 2021; Duncan & Loretto, 2004; WHO, 2021) e percecionado como o mais rápido a envelhecer (Kogan, 1979). Também se encontram descritos na literatura outros fatores de risco e fatores de proteção exclusivos para cada faixa etária. Entre outros, para os idosos, alguns autores encontraram benefícios na capacidade de cultivar atitudes positivas sobre o próprio processo de envelhecimento (Bodner, 2009; North & Fiske, 2012), cultivando múltiplos benefícios a nível físico e mental (Bodner, 2009; Marques et al., 2020; North & Fiske, 2012 North & Fiske, 2013). Já para os jovens, encontrou-se uma relação de intensificação do idadismo no contexto de trabalho (Chasteen et al., 2021; de la Fuente-Núñez et al., 2021; Duncan & Loretto, 2004; WHO, 2021), especialmente direcionado às mulheres (WHO, 2021), e na política e justiça (de la Fuente-Núñez et al., 2021; WHO, 2021).

Manifestações e consequências do idadismo contra idosos. O idadismo manifesta-se em múltiplos níveis. No plano interpessoal, surgem comportamentos como o evitamento de contacto, condescendência paternalista, diálogo idadista, negação do envelhecimento e humor depreciativo, sustentados por estereótipos de menor inteligência, eficácia ou responsabilidade (Palmore et al., 2005). Institucionalmente, refletem-se em normas etárias e discriminações no emprego, habitação ou cuidados de saúde (Palmore et al., 2005). Os adultos seniores são ainda avaliados mais negativamente no trabalho, percebidos como menos produtivos, resistentes à mudança e com menor capacidade de aprendizagem (Duncan & Loretto, 2004; Posthuma & Campion, 2009), embora também lhes sejam atribuídas qualidades positivas como confiabilidade, lealdade e responsabilidade. A WHO (2021) acrescenta estereótipos ambivalentes, que oscilam entre atributos de calorosidade e experiência e perceções de fragilidade, inflexibilidade e incompetência. As consequências desta discriminação são vastas: o idadismo conduz à internalização das crenças negativas sobre o envelhecimento, o que afeta o bem-estar físico e psicológico, favorecendo sintomas de lentificação, esquecimento, tristeza

e baixa autoestima (Bodner, 2009; North & Fiske, 2012; WHO, 2021). A revisão da WHO (2021) demonstrou que 96% dos estudos encontraram associações negativas entre idadismo e saúde. Entre os efeitos relatados estão o declínio cognitivo e funcional, morbilidade acrescida, isolamento, depressão e exclusão social e laboral (Marques et al., 2020).

Manifestações e consequências do idadismo contra jovens. O idadismo dirigido aos jovens ocorre sobretudo em contextos profissionais, onde enfrentam atitudes mais hostis, menor reconhecimento e discriminação subtil, sendo percecionados como preguiçosos, imaturos, egocêntricos ou irresponsáveis e recebendo menos oportunidades de progressão e remuneração (de la Fuente-Núñez et al., 2021; Fowler & Gasiorek, 2024; WHO, 2021). Apesar disso, persistem também visões positivas que associam a juventude à energia, criatividade, competência tecnológica e adaptabilidade (Francioli & North, 2021). As consequências incluem sentimentos de desvalorização, desrespeito e patronização (Giles & Williams, 1994), menor satisfação e bem-estar laboral e maior ansiedade perante interações com pessoas mais velhas (Fowler & Gasiorek, 2024). Quando o idadismo é explícito, pode gerar reatividade (um esforço para contrariar estereótipos), mas, quando subtil, promove dúvida e internalização da discriminação (de la Fuente-Núñez et al., 2021; WHO, 2021). Ainda que o impacto seja geralmente percebido como menos duradouro do que nos idosos, os efeitos acumulados comprometem a integração intergeracional e o desenvolvimento profissional dos jovens.

E a meia-idade? De facto, a meia-idade é uma faixa etária menos discutida em termos de idadismo. Na literatura é evidenciada como a idade ideal (Duncan & Loretto, 2004), a qual menos sofre de idadismo (de la Fuente-Núñez et al., 2021; Duncan & Loretto, 2004), muitas vezes apresentada como o ponto mais baixo de uma parábola, o que não significa ser uma idade "segura", completamente isenta de julgamento (Duncan & Loretto, 2004). No entanto, é a faixa etária que é mais vulgarmente apontada como perpetradora destas crenças, seguida dos jovens (Butler, 1969; de la Fuente-Núñez et al., 2021).

Pertinência societal e estratégias de combate ao idadismo. O idadismo, considerado o preconceito mais prevalente e negligenciado, afeta todas as idades e contextos sociais, uma vez que todos os indivíduos transitam pelas diferentes fases etárias (North & Fiske, 2012, 2013). Reconhecido pela WHO como um problema global de saúde pública, estima-se que acarrete custos anuais superiores a mil milhões de dólares (WHO, 2021). Cerca de metade da população mantém crenças idadistas contra idosos, mas o fenómeno manifesta-se transversalmente e de forma recíproca entre gerações, tornando qualquer pessoa simultaneamente vulnerável e potenciadora do preconceito (Bodner, 2009; Duncan & Loretto, 2004). Entre as estratégias de

mitigação, destacam-se o contacto intergeracional, a educação e políticas anti-discriminatórias (WHO, 2021). O contacto entre grupos de idades distintas reduz o preconceito e favorece empatia e cooperação (Allport, 1954; Pettigrew & Tropp, 2006; Kranz et al., 2021). A promoção de relações positivas permite aos jovens desenvolver visões mais realistas do envelhecimento e aos idosos reforçar a sua agência e sentido de utilidade (Bodner, 2009). Intervenções educativas e mediáticas que desassociem a velhice da morte e incentivem o reconhecimento mútuo de valor entre gerações revelam-se igualmente eficazes. Já com os jovens, a afirmação positiva e a valorização da sua idade funcionam como formas de resistência ao idadismo (de la Fuente-Núñez et al., 2021).

Centralidade da Idade no Contexto Laboral

A presente investigação centra-se no idadismo no contexto laboral, especificamente na posição da vítima deste fenómeno na profissão de psicólogo clínico. Até ao momento presente, a literatura tem apresentado algumas evidências sobre as formas de manifestação e o impacto do idadismo no trabalho, mas existe alguma relação direta entre a idade e o emprego?

Diversos investigadores têm sugerido haver expetativas pré-concebidas acerca da idade associada ao trabalho. Por exemplo, Posthuma e Campion (2009) encontraram evidências de que, em algumas profissões, a idade é considerada um dos fatores mais importantes, com base em preconceitos sobre a faixa etária "mais comum" em certa profissão. Corroborando, Gordon e Arvey (1986), identificaram que os participantes da sua investigação tendiam a associar idades específicas a determinados empregos. Ao comparar os seus resultados com os dados do censo norte-americano, os autores observaram que os participantes estereotipavam mais fortemente os jovens com empregos em profissões "tipicamente" associadas à juventude. Quando analisada a hierarquia dentro das profissões, verificou-se que os papéis de maior responsabilidade, liderança ou tomada de decisão eram mais frequentemente associados a idades superiores. São exemplos das profissões analisadas a do psicólogo clínico (M = 38.7 anos *vs.* censo de 37.3 anos), médico (M = 41.5 *vs.* 43.8), agente policial (M = 40.7 *vs.* 35.5), professor (M = 34.5 *vs.* 34.2) e rececionista (M = 24.9 *vs.* 32,2), entre as 59 profissões analisadas.

Os dados acima, em suma, sustentam o conceito de Perry (1994): "a centralidade da idade na criação de um protótipo de profissão" – isto é, o quão uma idade é considerada como mais apropriada para uma profissão (ou "idade prototípica para uma profissão"). Aprofundando o raciocínio, Diekman e Hirnisey (2007) adicionam como este viés é mais comum e intenso precisamente em posições em que a idade é considerada uma caraterística importante

("caraterística central", na definição de Perry) e o trabalhador tem uma idade que quebra a expectativa.

Idade na Psicoterapia

A idade é um tema pouco explorado na literatura científica sobre psicoterapia, tal como Lederman e Shefler (2023) também evidenciaram. Na presente pesquisa, todos os estudos que abordam o fator etário no contexto clínico focam-se no paciente mais velho, deixando a perspetiva inversa inexplorada, ou seja, como a idade do psicólogo é percecionada.

Do ângulo do idadismo direcionado aos pacientes idosos, encontra-se evidências de idadismo internalizado (Lederman & Shefler, 2023), bem como atitudes idadistas por parte de profissionais de saúde mental. Estas manifestam-se na forma de expectativas sobre os pacientes mais velhos: de apresentarem maior rigidez mental, maiores dificuldades a aprender e implementar mudanças, mais barreiras comunicacionais (especialmente em temas como a sexualidade e envelhecimento no corpo), pior capacidade de estabelecer relação, piores resultados ou prognósticos (Lederman & Shefler, 2023), tal como uma menor inclinação do psicólogo para acompanhar o caso (Aharon et al., 2023).

Contudo, os próprios autores que descrevem estas perceções procuram também destacar os benefícios e o potencial do trabalho psicoterapêutico com pacientes mais velhos. A evidência expõe que profissionais com experiência com população desta faixa etária – cerca de 5% (Koder & Helmes, 2008) – rejeitam os estereótipos idadistas acima descritos (Lederman & Shefler, 2023) e desenvolvem atitudes positivas, incluindo maior interesse, confiança, competência clínica (Koder & Helmes, 2008; Pyne, 2020) e, finalmente, melhores resultados (Lederman & Shefler, 2023). Além disso, psicólogos com experiência no acompanhamento de adultos mais velhos tendem a apresentar melhores atitudes face ao envelhecimento, quer no exercício profissional, quer na perceção do seu próprio envelhecimento (Koder & Helmes, 2008).

Pertinência da Idade do Psicólogo Para a Psicoterapia

Fatores de mudança na psicoterapia. Desde as primeiras formulações teóricas, a investigação tem procurado compreender quais fatores influenciam os resultados psicoterapêuticos. A literatura distingue, tradicionalmente, entre fatores específicos (relacionados com as técnicas ou modelos teóricos) e fatores não específicos, também conhecidos como fatores comuns – ou seja, elementos partilhados por diferentes abordagens terapêuticas (Lambert, 2005; Norcross & Lambert, 2011). Segundo Lambert (2005; Norcross & Lambert, 2011), a mudança terapêutica pode ser explicada por quatro grandes grupos de

fatores: 1) Fatores extra-terapêuticos (40%) – aspetos externos ao processo terapêutico, aspetos do cliente, como motivação para mudar, capacidades cognitivas e interpessoais, suporte social e familiar ou acontecimentos de vida positivos; 2) Fatores comuns (30%) – elementos transversais às diferentes abordagens, fatores do terapeuta, como a aliança terapêutica, empatia e aceitação; 3) Expectativas do cliente (15%) – expectativas sobre a eficácia da terapia, sobre a competência do terapeuta, placebo; e 4) Técnicas específicas (15%) – técnicas e intervenções particulares de cada modelo.

O papel do terapeuta nos resultados clínicos. A investigação tem salientado que importa quem é o terapeuta (Sousa, 2017). O seu impacto é superior ao das técnicas isoladas e constitui, segundo Lambert e Baldwin (2009), um dos determinantes mais consistentes do sucesso terapêutico desde os anos 1930. No entanto, os dados apontam para que os melhores desempenhos clínicos não estejam necessariamente ligados à idade, género, orientação teórica, grau académico ou anos de experiência (Budge et al., 2013; Del Re et al., 2012; Hersoug et al., 2009; Nyman et al., 2010). Os melhores resultados vêm-se relacionando mais significativamente com características interpessoais e relacionais, como a empatia, autenticidade e capacidade de adaptação, em vez de variáveis demográficas (Anderson et al., 2016; Owen et al., 2016; Goldberg et al., 2016). Recentemente, a literatura tem enfatizado ainda mais o chamado "efeito do terapeuta": o impacto das características e comportamentos interpessoais do terapeuta nos resultados terapêuticos (Johns et al., 2019; Seewald & Rief, 2023). Mesmo quando a informação transmitida pelos terapeutas é idêntica, as diferenças no comportamento interpessoal podem afetar significativamente a forma como o paciente a recebe (Thun et al., 2014, citados por Seewald & Rief, 2023). Entre as várias dimensões comportamentais identificadas, a calorosidade e a competência destacam-se como fundamentais (Howe et al., 2019; Seewald & Rief, 2023): a primeira associada ao envolvimento pessoal e cuidado; a segunda à eficiência, perícia e conhecimento. Ambas podem coexistir e interagir, influenciando a experiência relacional do paciente e a perceção de eficácia terapêutica. Assim, a perceção do terapeuta como simultaneamente competente e caloroso constitui um fator comum essencial e, potencialmente, um ponto de convergência entre variáveis interpessoais e perceções associadas à idade.

A importância da relação terapêutica e dos fatores comuns. A literatura contemporânea reforça a ideia de que a qualidade da aliança terapêutica é um dos principais preditores de sucesso (Owen & Hilsenroth, 2014; Stiles, 2013). O terapeuta deve ser capaz de ajustar a sua postura na relação e no processo, relativa às características do paciente e à fase de

mudança em que este se encontra, valorizando as suas expectativas, preferências e contexto cultural (Norcross et al., 2011; APA, 2006). O sentimento de segurança e confiança do paciente na competência e compreensão do terapeuta é essencial para o progresso clínico (Sousa, 2017). Também os fatores interpessoais, como empatia e envolvimento emocional, bem como a preparação inicial do paciente para o processo terapêutico, estão associados a menores taxas de abandono prematuro (Roos & Werbart, 2013).

Abandonos prematuros e experiência clínica. Os abandonos prematuros (*dropouts*) são influenciados por múltiplos fatores. De acordo com Swift e Greenberg (2012), são mais frequentes entre pacientes jovens, atendidos em clínicas universitárias, com perturbações de personalidade ou alimentares, e em contextos onde o terapeuta está em formação ou o tratamento não é limitado no tempo. Embora não se tenham encontrado associações entre *dropouts* e variáveis como a idade, género ou orientação teórica do terapeuta, a experiência clínica mostrou um efeito significativo: terapeutas mais experientes apresentaram taxas mais baixas de abandono (17.2%) comparativamente a psicoterapeutas em formação (26.6%) (Swift & Greenberg, 2012). Além disso, o apoio emocional e prático, a experiência e as competências do terapeuta reduziram as taxas de desistência e fortaleceram a aliança terapêutica e o esclarecimento adequado sobre o processo (Roos & Werbart, 2013).

Idade e a sua perceção na psicoterapia. Apesar da idade do terapeuta não se relacionar fortemente com os resultados clínicos (Hersoug et al., 2009), a sua perceção pode ter relevância indireta enquanto fator na relação. A literatura mostra que a idade influencia perceções sociais – de competência, calorosidade, confiabilidade ou dominância – que, por sua vez, moldam as expectativas e o comportamento interpessoal (Fiske et al., 2002; Mimoso, 2021; North & Fiske, 2012; Oosterhof & Todorov, 2008). Schulman (2003) explorou, qualitativamente, a forma como a idade do terapeuta é vivida na prática clínica. Numa reflexão autobiográfica ao longo da sua carreira, descreve as mudanças percebidas com o envelhecimento enquanto psicoterapeuta. Refere que, ao envelhecer, passou a observar novas dinâmicas de transferência, especialmente com pacientes mais jovens, que, por vezes, a associavam a figuras parentais envelhecidas, o que podia facilitar maior abertura e menor culpa na relação. Noutros casos, surgiam temas existenciais, como a possibilidade de a terapeuta morrer, que, ao serem verbalizados, tornavam-se momentos libertadores e de exploração emocional autêntica. A autora também observou que os pacientes passaram a descrevê-la como "sábia", o que atribui à diminuição do julgamento, a humor e à experiência acumulada, qualidades associadas ao avanço da idade. Este testemunho ilustra que, mesmo quando a idade do terapeuta não altera diretamente os resultados, a forma

como é vivida e percecionada influencia o enquadramento relacional e o sentido da terapia. Assim, mesmo que a idade real do terapeuta não seja tida em conta como determinante do resultado terapêutico, a forma como é percecionada pelo paciente poderá integrar-se nas expectativas do cliente, que também sustentam a eficácia terapêutica. De outra forma, também poderá afetar a forma como o cliente percecionará a capacidade do psicólogo em estabelecer e manter a relação terapêutica, componente dos fatores comuns, tornando-se, portanto, um elemento digno de investigação.

Operacionalização da Perceção da Idade Direcionada ao Psicólogo

Estabelecendo a relevância da idade para esta investigação, resta escolher como esta será medida. Sendo um estudo transversal, a perceção do psicólogo será efetuada num só momento – na primeira impressão. Adicionalmente, dado que os participantes irão avaliar indivíduos com base no seu currículo e nas suas faces, é fundamental compreender, primeiro, o processo de formação de impressões.

Formação de impressões. A literatura demonstra que as pessoas formam impressões rápidas e estáveis a partir de faces (Mimoso, 2021; Oosterhof & Todorov, 2008; Willis & Todorov, 2006;). Mimoso (2021) encontrou que, em contextos de decisão, a aparência facial influenciou a tomada de decisão mais fortemente do que o currículo. Em 2006, Willis e Todorov evidenciaram o quão rápido traços de personalidade são inferidos numa primeira impressão. Os autores observaram a formação de impressões estáveis em 100 milissegundos, sem diferenças profundas, mesmo quando sem limite de tempo. Estas impressões são automáticas, difíceis de alterar e influenciam julgamentos subsequentes, como decisões de contratação, preferências eleitorais ou vereditos judiciais (Willis & Todorov, 2006). O aumento do tempo de exposição apenas melhora a precisão e a distinção entre traços (por exemplo, afastando competência de agressividade), sem alterar substancialmente a impressão inicial (Willis & Todorov, 2006). Já Asch (1946) tinha iniciado esta investigação, observando como os indivíduos associam um vasto conjunto de caraterísticas relacionadas (i.e., traços centrais e periféricos) através da primeira impressão e influenciados pelo contexto.

Traços em análise. Compreendendo o fenómeno acima descrito, poder-se-á discutir, então, que traços importam durante a formação de uma impressão. A literatura identifica um conjunto de traços consistentemente estimados, os quais também são adotados no presente estudo: atratividade, dominância, confiabilidade, calorosidade e competência. Todos estes traços, ou conceitos semelhantes, pertenceram à lista dos traços investigados no estudo de Willis e Todorov (2006), ou na investigação sobre idadismo (Fiske et al., 2002; North & Fiske, 2012).

Atratividade. O estudo da atratividade ganha interesse com o trabalho de Dion e colaboradores (1972), ao que, na altura, fora considerado "evidenciar o óbvio". Semelhante ao efeito de halo (Kornhauser, 1922; Thorndike, 1920), este demonstrou que indivíduos fisicamente atraentes são mais facilmente percecionados como mais fortes, sensíveis, bondosos e sociáveis – evidenciar o óbvio. Estes resultados, replicados por Fruhen e colaboradores (2015), mostraram ainda que a atratividade aumenta as possibilidades de sucesso profissional. A extensa literatura subsequente ao trabalho de Dion e colaboradores confirma este viés, como demonstram várias meta-análises (Eagly et al., 1991; Hosoda et al., 2003; Langlois et al., 2000) e estudos mais recentes, como o de Alves (2021), que evidenciou a corroboração do viés da atratividade no emprego, mostrando como candidatos mais atraentes são avaliados mais favoravelmente em contextos de recrutamento, sobretudo quando o cargo exige interação com o público. Contudo, esta não é uma caraterística focal do presente estudo, sendo uma qualidade pouco relacionada com a prática terapêutica. No entanto, surgindo na literatura juntamente com os outros fatores, será considerada como covariável.

Modelo Dominância-Confiabilidade. Oosterhof e Todorov (2008) propuseram, entre outros, um modelo de duas dimensões – valência (ou confiabilidade) e dominância – para descrever julgamentos automáticos baseados em faces. A confiabilidade reflete parte da perceção de intenção do outro (se é confiável, cooperativo ou ameaçador), enquanto a dominância está associada à perceção de força, poder, agressividade e maturidade. Estas duas dimensões representam julgamentos rápidos e intuitivos que orientam respostas sociais automáticas.

Calorosidade e competência: o *Stereotype Content Model* (SCM). Entre os vários modelos de perceção social direcionada a outros grupos, o SCM (Fiske et al., 2002) é o mais influente, definitivamente no idadismo. O modelo propõe duas dimensões universais que estruturam a perceção social, aplicável a qualquer estereótipo, a calorosidade (*warmth*) e competência (*competence*) (Fiske et al., 2002; North & Fiske, 2012), correspondentes, respetivamente, à intenção (i.e., boa ou má, confiável, honesta, etc.) e à capacidade para implementar dita intenção (e.g., habilidade, eficiência, …), percebidas do alvo (Fiske et al., 2002; Kuball et al., 2024). Estas duas dimensões surgem a partir da investigação sobre a interação interpessoal e intergrupal. Tais dimensões podem levar o avaliador a (des)gostar e (dis)respeitar o avaliado, entre outros sentimentos que se poderão encontrar entre os seus quatro polos (Fiske et al., 2002). As combinações das duas dimensões são comuns e explicam como grupos sociais são avaliados: 1) alta calorosidade e baixa competência: pena e paternalismo

(e.g., idosos); 2) baixa calorosidade e alta competência: inveja e ressentimento (e.g., jovens, elites económicas; egoístas e interesseiros); 3) alta calorosidade e alta competência: admiração e orgulho (e.g., avaliação comumente intragrupal) e; 4) baixa calorosidade e baixa competência: desprezo e rejeição (e.g., grupos marginalizados) (Bodner, 2009; Fiske et al., 2002; North & Fiske, 2012; WHO, 2021).

Interações entre as dimensões: exemplo. Mimoso (2021) combinou as dimensões de dominância, confiabilidade, competência e calorosidade para investigar a sua influência na primeira impressão em decisões de escolha pessoal de médicos. Os resultados mostraram como a competência e confiabilidade (fortemente correlacionadas) foram as variáveis que mais previram a seleção do perfil, superando as restantes dimensões e até o conteúdo do currículo. A calorosidade e a dominância não tiveram efeitos significativos nesta decisão. Curiosamente, o perfil mais escolhido foi também o mais velho, contrariando as expetativas baseadas na literatura sobre o idadismo. Os resultados indicam que, mesmo em decisões de elevada importância (como a escolha de um médico), as pessoas tendem a basear-se em heurísticas visuais, privilegiando impressões de competência e confiabilidade, em detrimento de avaliações racionais e objetivas.

Aplicações ao contexto da psicoterapia. Mais recentemente, o modelo SCM foi utilizado também no campo da psicoterapia, demonstrando a sua relevância para compreender perceções interpessoais neste contexto. Seewald e Rief (2023) verificaram que terapeutas avaliados como simultaneamente calorosos e competentes foram capazes de reduzir expectativas negativas sobre os resultados em terapia, aumentar a motivação para o tratamento e fortalecer a relação terapêutica. Este resultado ilustra como as dimensões de calorosidade e competência, especialmente, podem ter um papel direto na perceção e eficácia do psicoterapeuta.

Anexo B – Relatório de Pré-teste

Introdução

O presente pré-teste insere-se numa investigação que visa examinar a influência da idade na formação de primeiras impressões acerca de psicólogos clínicos. Especificamente, pretende-se compreender de que modo a idade percebida do psicólogo, inferida exclusivamente a partir da sua face e de um breve currículo, afeta avaliações sobre características interpessoais. A literatura demonstra que, quando a informação visual está disponível, esta tende a ser particularmente saliente, influenciando de forma desproporcional os julgamentos sociais, comparativamente com o currículo (Mimoso, 2021). Além disso, as impressões iniciais formam-se de forma extremamente rápida e são relativamente estáveis (Willis & Todorov, 2006), afetando inferências subsequentes sobre traços de personalidade do alvo (Asch, 1946). Igualmente, é importante reconhecer a importância que as pistas faciais, ou movimentos causam na avaliação do alvo (Koppensteiner et al., 2016; Voelkle et al., 2011).

Dada a relevância destas inferências rápidas e potencialmente enviesadas, devidas, exclusivamente, à idade do alvo, tornou-se necessário garantir que as faces utilizadas no estudo principal representassem, com rigor, diferentes faixas etárias, mantendo as mesmas características físicas e expressões faciais entre elas. Assim, o presente pré-teste teve como objetivo validar estímulos visuais – faces manipuladas artificialmente – assegurando que fossem percecionadas como pertencentes às três faixas etárias definidas (jovem, meia-idade e sénior) e fossem realistas e consistentes entre si.

Método

Design. O presente pré-teste utilizou um delineamento fatorial 3 (idade: jovem, meia-idade, sénior) x 2 (género: masculino e feminino). O desenho foi transversal, quantitativo e inter-sujeitos: cada participante avaliou duas das seis condições experimentais, atribuídas aleatoriamente uma face masculina e outra feminina (por exemplo, face masculina jovem e face feminina sénior; face masculina meia-idade e face feminina meia-idade; etc.).

Participantes. A dimensão da amostra foi determinada com base na precisão desejada para as estimativas de idade facial (Fórmula da Margem de Erro). Este processo foi escolhido, pois não foi encontrado na literatura um registo da precisão de estimativas de idade. Assim, assumindo um desvio-padrão de 10 anos nas estimativas e pretendendo um intervalo de confiança de 95% com uma margem de erro máxima de ±5 anos, foram estimados 16 participantes por face, totalizando 48 participantes. A amostra foi recolhida por efeito Bola de

Neve, através da rede social *WhatsApp*. Foram coletadas 60 respostas, das quais 54 incluídas na análise final (respostas incompletas foram excluídas). A amostra foi composta por 39 participantes do género feminino (72.22%) e 15 do género masculino (27.77%), com idades entre 20 e 72 anos (M = 36.83; DP = 16.32). A maioria era de nacionalidade portuguesa (96.30%) e residia na Área Metropolitana de Lisboa (88.89%). Quanto à escolaridade, 11.11% concluíram o Ensino Básico, 33.33% o Ensino Secundário, 35.18% a Licenciatura e 20.37% o Mestrado. Em termos profissionais, 57.41% estavam empregados, 22.22% eram estudantes, 7.41% trabalhadores-estudantes, 7.41% desempregados e 5.56% reformados.

Instrumentos. ***Faces***. Foram selecionadas duas faces da *Chicago Face Database* (Ma et al., 2015), escolhidas devido à apreciação pela estandardização rigorosa das condições de captação (iluminação, pose, maquilhagem, vestuário e expressão neutra) e por possuírem dados normativos de avaliação facial. A face feminina apresentava uma idade estimada de 30.3 anos e a masculina de 41.07 anos, ambas com valores próximos da média em atratividade, dominância e confiabilidade. As restantes caraterísticas percecionadas por outros participantes podem ser encontradas na Tabela 19, Anexo H. Para criar versões jovens, de meia-idade ou seniores, mantendo a identidade facial, foi utilizado o *software FaceApp* (He et al., 2021; Pisani et al., 2025), permitindo manipulação exclusiva da idade facial e mantendo as outras características constantes. ***Questionário.*** O questionário baseou-se, em grande parte, na testagem adotada por He e colaboradores (2021) sobre a estimativa de idades. Após consentimento informado e recolha dos dados demográficos, os participantes eram instruídos a estimar a idade da face apresentada, respondendo numericamente. De seguida, avaliavam o realismo facial através de uma afirmação apresentada numa escala tipo Likert (1 - *Discordo fortemente* a 7 - *Concordo fortemente*), nomeadamente: "*Este rosto parece o de uma pessoa real*.". Depois de repetir para a segunda face, os participantes tinham a igual chance de observar as três versões de uma das faces, um dos géneros, correspondentes às diferentes faixas etárias, sendo-lhes apresentada a instrução: "*Observe uma possível progressão da idade, num dos rostos que viu anteriormente*.", seguida da afirmação "*A progressão da idade neste rosto parece provável*.", para avaliar a sua plausibilidade na mesma escala tipo Likert. Por fim, solicitava-se aos participantes que identificassem qual das três imagens acreditavam corresponder à fotografia original, assumindo que apenas uma teria sido captada e as restantes manipuladas digitalmente, podendo responder indicando uma das três opções ou selecionando "*não sei*", caso não conseguissem determinar. Todos os itens adaptados foram alvo de tradução e

retroversão por investigadores independentes. ***Consentimento Informado***. Foi utilizado um formulário idêntico ao do estudo principal (ver Anexo D).

Procedimento. O questionário foi desenvolvido na plataforma *Qualtrics Online Survey Software,* administrado online. Para garantir anonimato, não foram recolhidos endereços de *IP*. Ao aceder ao questionário, o participante deparava-se com o consentimento informado, seguido das questões sociodemográficas (género, idade, escolaridade, nacionalidade, situação profissional e região de residência). Posteriormente, visualizariam as faces e responderiam às questões descritas nos *Instrumentos*.

Resultados

As estimativas de idade (Tabela 9) confirmaram que as manipulações faciais representavam, de forma adequada, as faixas etárias pretendidas (a relembrar: 18 ≤ jovem ≤ 39; 40 ≤ meia-idade ≤ 64; 65 ≤ sénior ≤ 84). Para as faces masculinas, as idades médias estimadas foram consistentes com as três categorias definidas: jovem (M = 22.47, DP = 2.72), meia-idade (M = 42.56, DP = 7.07) e sénior (M = 66.05, DP = 5.67). As faces femininas apresentaram padrões equivalentes, com médias de 28.17 anos (DP = 4.95) para a face jovem, 46.17 anos (DP = 4.94) para a face de meia-idade e 73.89 anos (DP = 7.13) para a face sénior. Em todas as condições, exceto a meia-idade masculina, a margem de erro de 5 valores, com o intervalo de confiança a 95%, encontrou-se claramente dentro dos limites das faixas etárias alvo, demonstrando precisão adequada das estimativas e confirmando a validade das manipulações. De acordo com a margem de erro, o verdadeiro valor da idade estimada pela população estaria entre a média e ± 5 anos, colocando a idade do adulto de meia-idade masculino entre a idade jovem e meia-idade. Devido à precisão das restantes e um desvio de cerca de apenas 2.5 anos, a face foi mantida como inicialmente apresentada. Adicionalmente, esta mesma face era a original, anteriormente avaliada em 41 anos (Ma et al., 2015).

A avaliação do realismo facial revelou níveis elevados de plausibilidade, com médias próximas ou superiores ao ponto médio da escala. Para os estímulos masculinos, as avaliações variaram entre 4 a 5 pontos, enquanto para os femininos oscilaram entre os 5, sugerindo que as faces foram percecionadas como realistas e não artificialmente manipuladas, tendo em conta ser subentendido a partir do enunciado. De forma semelhante, a plausibilidade da progressão de idade foi avaliada favoravelmente ($M_{\text{masculino}}$ = 5.70, M_{feminino} = 4.56), com desvios-padrão reduzidos, indicando consistência entre participantes. Adicionalmente, a maioria dos participantes identificou a face jovem como a mais real entre as três versões apresentadas para

cada identidade facial, reforçando a naturalidade das manipulações (i.e., as faces originais eram as de idade-média masculina e a jovem feminina).

Em conjunto, estes dados demonstram que as imagens utilizadas representam com fidelidade os intervalos de idade das faixas etárias pretendidas e mantêm níveis adequados de realismo e continuidade da idade, representada facialmente. Estes resultados sugerem que, apesar das alterações de idade, as características identitárias foram preservadas e dificilmente distinguidas entre manipulações. Assim, os estímulos visuais foram considerados válidos para utilização na fase experimental da investigação principal.

Tabela 9

Estatística Descritiva das Perceções de Idades das Faces

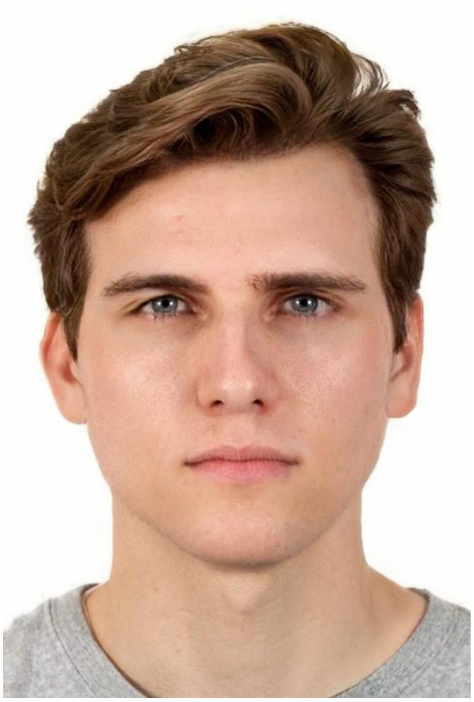
			Idade_Estimada	Realismo
Masculino	Jovem	M	22.47	4.41
	N=17	DP	2.72	1.91
		CI95	1.40	
	Meia-idade	M	42.56	5.00
	N=18	DP	7.07	1.68
		CI95	3.52	
	Sénior	M	66.05	4.63
	N=19	DP	5.67	1.98
		CI95	2.73	
Feminino	Jovem	M	28.17	5.78
	N=18	DP	4.95	1.44
		CI95	2.46	
	Meia-idade	M	46.17	5.44
	N=18	DP	4.94	1.34
		CI95	2.46	
	Sénior	M	73.89	5.5
	N=18	DP	7.13	1.15
		CI95	3.54	

Nota. $M_{Prog.Masculina}$=5.70; $DP_{Prog.Masculina}$=0.99;
$M_{Prog.Feminina}$=4.56; $DP_{Prog.Feminina}$=1.72;
M = Média*; DP* = Desvio-Padrão*; CI95* = Intervalo de confiança de 95%

Anexo C – Perfis

Figura 1

Perfil do Psicólogo Clínico Jovem Masculino



Pedro Campos

Psicólogo clínico de jovens e adultos

Formação

- Licenciatura em Psicologia e Mestrado em Psicologia Clínica | ISPA – IU
- Membro efetivo da Ordem dos Psicólogos Portugueses (cédula profissional nº 99999)
- Psicoterapeuta em formação pela Associação Portuguesa de Terapias Comportamental, Cognitiva e Integrativa (APTCCI)

Experiência Profissional

- Seguimento de jovens e adultos em contextos hospitalares, centros de saúde e universitários
- Ansiedade e stress; depressão e desregulação emocional; desenvolvimento pessoal; relações interpessoais; assertividade; adaptação à vida académica ou profissional; fases de transição e crise

Figura 2

Perfil da Psicóloga Clínica Jovem Feminina

Rita Campos

Psicóloga clínica de jovens e adultos

Formação

- Licenciatura em Psicologia e Mestrado em Psicologia Clínica | ISPA – IU
- Membro efetivo da Ordem dos Psicólogos Portugueses (cédula profissional nº 99999)
- Psicoterapeuta em formação pela Associação Portuguesa de Terapias Comportamental, Cognitiva e Integrativa (APTCCI)

Experiência Profissional

- Seguimento de jovens e adultos em contextos hospitalares, centros de saúde e universitários
- Ansiedade e stress; depressão e desregulação emocional; desenvolvimento pessoal; relações interpessoais; assertividade; adaptação à vida académica ou profissional; fases de transição e crise

Figura 3

Perfil do Psicólogo Clínico de Meia-idade Masculino

Pedro Campos

Psicólogo clínico de jovens e adultos

Formação

- Licenciatura em Psicologia e Mestrado em Psicologia Clínica | ISPA – IU
- Membro efetivo da Ordem dos Psicólogos Portugueses (cédula profissional nº 99999)
- Psicoterapeuta em formação pela Associação Portuguesa de Terapias Comportamental, Cognitiva e Integrativa (APTCCI)

Experiência Profissional

- Seguimento de jovens e adultos em contextos hospitalares, centros de saúde e universitários
- Ansiedade e stress; depressão e desregulação emocional; desenvolvimento pessoal; relações interpessoais; assertividade; adaptação à vida académica ou profissional; fases de transição e crise

Figura 4

Perfil da Psicóloga Clínica de Meia-idade Feminina

Rita Campos

Psicóloga clínica de jovens e adultos

Formação

- Licenciatura em Psicologia e Mestrado em Psicologia Clínica | ISPA – IU
- Membro efetivo da Ordem dos Psicólogos Portugueses (cédula profissional nº 99999)
- Psicoterapeuta em formação pela Associação Portuguesa de Terapias Comportamental, Cognitiva e Integrativa (APTCCI)

Experiência Profissional

- Seguimento de jovens e adultos em contextos hospitalares, centros de saúde e universitários
- Ansiedade e stress; depressão e desregulação emocional; desenvolvimento pessoal; relações interpessoais; assertividade; adaptação à vida académica ou profissional; fases de transição e crise

Figura 5

Perfil do Psicólogo Clínico Adulto Sénior Masculino

Figura 6

Perfil da Psicóloga Clínica Adulta Sénior Feminina

Anexo D – Consentimento Informado

Olá! O presente estudo insere-se no âmbito da Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica do Nuno Serôdio, pelo ISPA - Instituto Universitário, e está a ser conduzido pelo próprio, sob a orientação da Professora Ana Cristina Martins. Neste estudo, estamos interessados em compreender opiniões em relação aos/às psicólogos/as.

Vimos solicitar a sua participação no mesmo, ao abrigo dos seguintes aspetos:

1. Pode participar no estudo se tiver mais de 18 anos de idade;

2. A participação é totalmente voluntária, não remunerada, anónima e confidencial;

3. Os dados serão agrupados com os de todos os outros participantes, sendo mais uma forma de garantir o anonimato referido, e destinam-se a fins meramente académicos e científicos;

4. A presente investigação é de natureza académica, sem interesses a declarar qualquer financiamento de natureza privada;

5. Pode retirar o seu consentimento e interromper a sua participação a qualquer momento, sem quaisquer consequências nem apresentação de justificação;

6. Calcula-se que a sua participação completa ocupe cerca de 10 minutos.

Poderá solicitar os resultados do estudo final ou qualquer esclarecimento através do seguinte contacto:

Nuno Serôdio: 31543@alunos.ispa.pt

Ao avançar para a página seguinte está a garantir que leu e concorda com os termos de consentimento acima, aceitando participar nesta investigação de forma voluntária.

Anexo E – Análises Estatísticas das Qualidades Psicométricas

Tabela 10

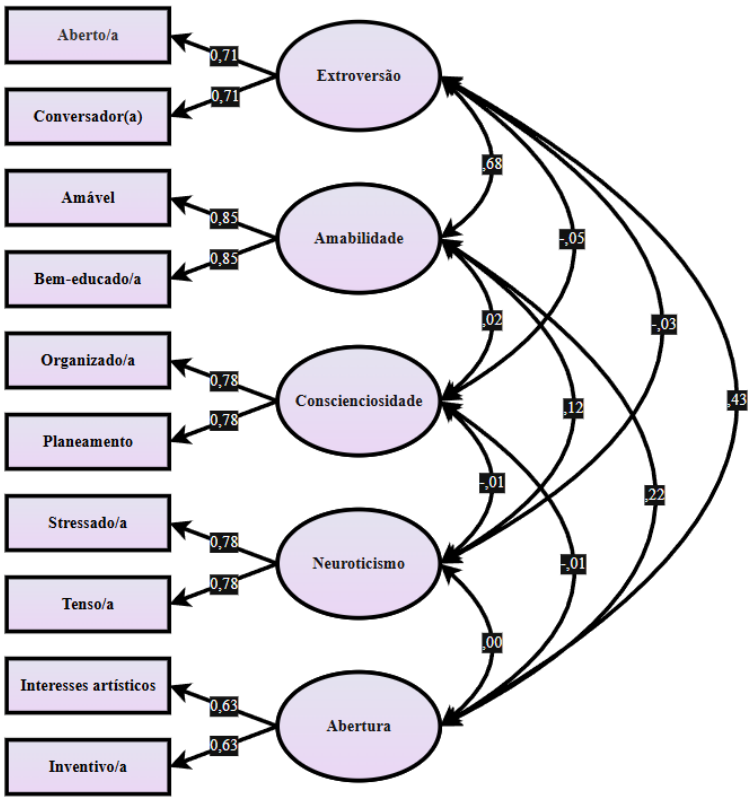
Concordância Entre Avaliadores para a Atratividade

	Correlação intraclasse	Intervalo de Confiança 95%		*Teste F com Valor Verdadeiro 0*			
		Limite inferior	Limite superior	Valor	df1	df2	Sig
Medidas únicas	.30	.12	.73	14.29	5	150	<.001
Medidas médias	.93	.81	.99	14.29	5	150	<.001

$\alpha = 0.93$

Figura 7

Diagrama de caminhos da escala BFI-10-PT



Anexo F – Análises Estatísticas Descritivas e de Correlações

Tabela 11

Estatística Descritiva das Variáveis Afetadas pelo Design 3x2

Faixa Etária	Género		Calorosidade	Competência	Escolher	Continuar	Atratividade	FQC
Jovem	Masculino	*N*	31	31	31	31	31	
		M	2.78	3.61	2.84	3.06	3.35	
		DP	0.87	0.61	1.19	1.09	1.02	
		sk	0.61	0.34	0.08	-0.46	-0.39	
		ku	0.05	-0.94	-1.05	-0.83	0.44	
	Feminino	*N*	37	37	37	37	37	
		M	2.77	3.51	2.49	2.76	2.86	
		DP	0.69	0.58	1.10	1.12	1.03	
		sk	0.341	-0.18	0.24	-0.12	-0.52	
		ku	0.115	0.27	-0.72	-0.95	0.83	
	Total	*N*	68	68	68	68	68	68
		M	2.78	3.56	2.65	2.90	3.09	3.96
		DP	0.77	0.59	1.14	1.11	1.05	1.35
		sk	0.51	0.09	0.18	-0.27	-0.42	-1.00
		ku	0.14	-0.29	-0.90	-0.97	-0.24	-0.30
Meia-idade	Masculino	*N*	33	33	33	33	33	
		M	2.47	3.37	3.09	3.39	2.45	
		DP	0.75	0.62	0.91	0.93	0.71	
		sk	-1.00	0.21	-0.97	-0.90	0.73	
		ku	-0.03	0.39	0.47	1.11	0.13	
	Feminino	*N*	41	41	41	41	41	
		M	2.40	3.59	3.00	3.37	2.17	
		DP	0.80	0.64	0.92	0.94	0.97	
		sk	-0.11	-0.80	-0.40	-0.25	0.33	
		ku	-0.84	0.29	-0.91	-0.16	-0.88	
	Total	*N*	74	74	74	74	74	74
		M	2.43	3.49	3.04	3.38	2.30	3.72
		DP	0.77	0.64	0.91	0.93	0.87	1.28
		sk	-0.08	-0.34	-0.64	-0.52	0.27	-0.66
		ku	-0.90	-0.14	-0.43	0.25	-0.52	-0.56
Adulto Sénior	Masculino	*N*	34	34	34	34	34	
		M	2.30	3.08	2.06	2.38	1.85	
		DP	0.76	0.76	0.98	1.13	0.61	
		sk	-0.39	-0.13	0.89	0.51	0.07	
		ku	0.34	-0.80	0.02	-0.64	-0.22	
	Feminino	*N*	35	35	35	35	35	
		M	3.21	2.84	2.26	2.86	1.89	
		DP	0.89	0.66	1.20	1.14	0.63	
		sk	-0.08	0.27	0.56	0.04	0.09	
		ku	0.34	-0.77	-0.82	-0.95	-0.35	
	Total	N	69	69	69	69	69	69
		M	2.76	2.96	2.16	2.62	1.87	2.97
		DP	0.94	0.71	1.09	1.15	0.62	1.52
		sk	-0.29	0.09	0.72	0.25	0.08	0.08
		ku	0.40	-0.86	-0.49	-0.94	-0.35	-1.48

Nota. *M* = Média; *DP* = Desvio-Padrão; *sk* = Assimetria; *ku* = Curtose; FQC = Frequência e Qualidade de Contacto.

Tabela 12

Coeficientes de Correlação de Pearson entre as Variáveis em Estudo

Variável	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1. Calorosidade	-												
2. Competência	,381***	-											
3. Escolher	,424***	,509***	-										
4. Continuar	,490***	,531***	,840***	-									
5. Atratividade	,255***	,391***	,236***	,169*	-								
6. FQC	,296***	,314***	,303***	,299***	,289***	-							
7. Extroversão	,222**	,085	,092	,128	,229***	,286***	-						
8. Amabilidade	,361***	,224**	,291***	,335***	,161*	,301***	,389***	-					
9. Conscienciosidade	-,255***	-,223**	-,117	-,207**	-,009	-,099	-,294***	-,006	-				
10. Neuroticismo	,077	,105	,086	,121	-,126	,001	-,155*	,062	-,028	-			
11. Abertura	,147*	,180**	,138*	,069	,169*	,224**	,241***	,145*	-,053	-,018	-		
12. Centralidade	,067	,160*	-,048	,032	,066	-,019	,026	-,009	-,077	,038	,037	-	
13. Idade_Participante	,001	-,137*	-,067	-,109	,107	-,041	,111	-,065	,207**	-,263***	,052	,210**	-
14. Género_Participante	,132	,072	,016	,022	,106	,095	,068	,223**	,226***	,259***	,036	,060	0,055

* $p < ,05$

** $p < ,01$

*** $p < ,001$

Nota. As variáveis Idade e Género são referentes às características do participante.

Anexo G – Análises Estatísticas dos Testes de Hipóteses

Tabela 13

Testes de Normalidade para as Calorosidade e Competência

		Shapiro-Wilk		
	Idade e Género do Perfil	Valor	g.l.	Sig.
Calorosidade	Jovem Masculino	.13	31	.27
	Jovem Feminina	.14	37	.53
	Meia-idade Masculino	.13	33	.17
	Meia-idade Feminina	.11	41	.17
	Sénior Masculino	.15	34	.34
	Sénior Feminina	.11	35	.56
Competência	Jovem Masculino	.16	31	.14
	Jovem Feminina	.10	37	.93
	Meia-idade Masculino	.08	33	.87
	Meia-idade Feminina	.16	41	.03
	Sénior Masculino	.09	34	.52
	Sénior Feminina	.11	35	.47

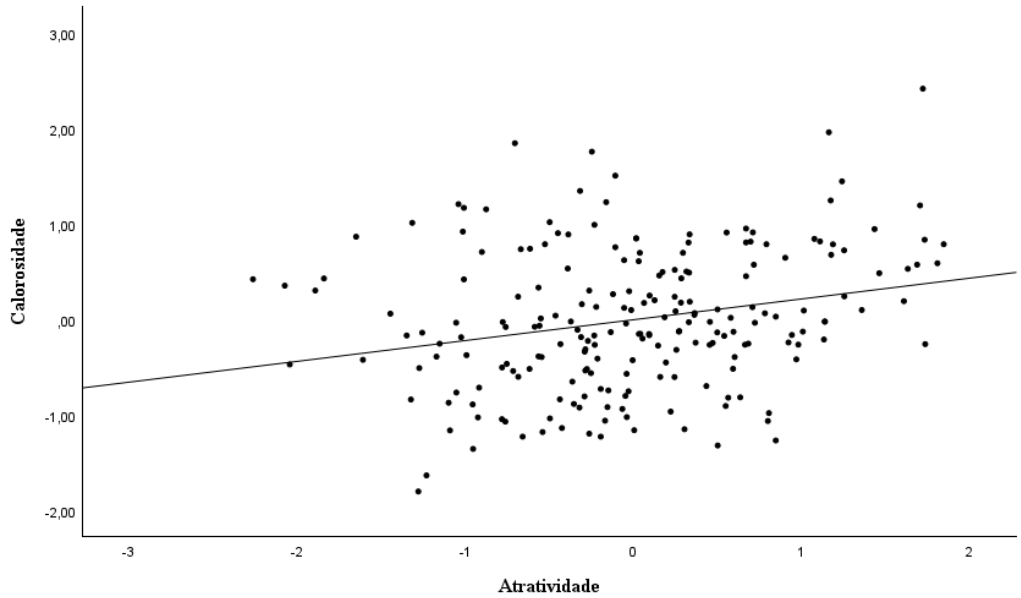
Tabela 14

Testes de Homogeneidade da Variância para as Calorosidade e Competência

	Levene			
	F	g.l.1	g.l.2	Sig.
Calorosidade	.023	5	205	.95
Competência	.897	5	205	.49

Figura 8

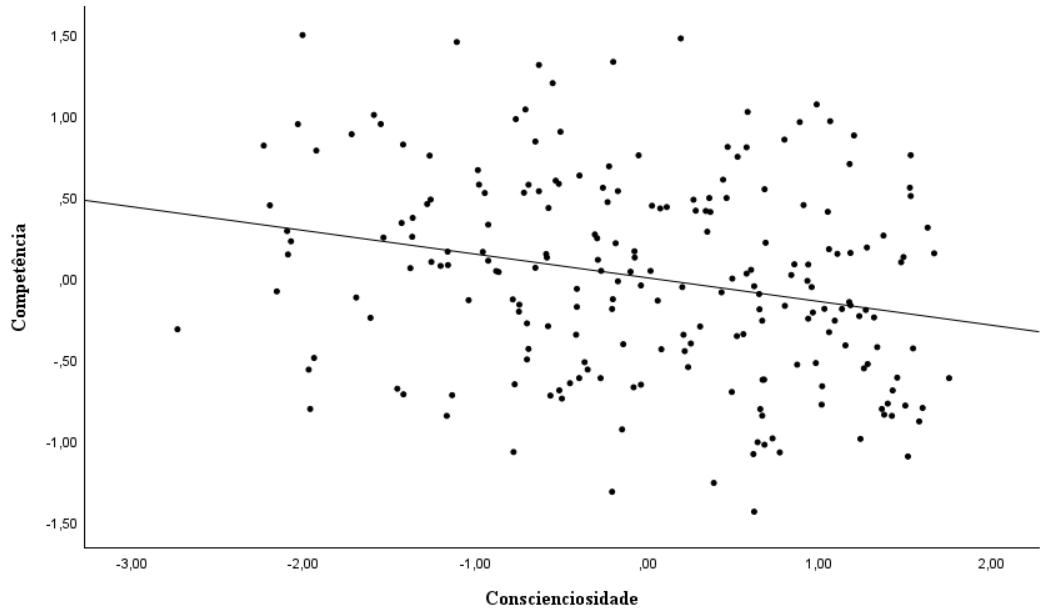
Gráfico de regressão parcial: testagem da linearidade entre a Atratividade e a Calorosidade



Nota. Todos os gráficos representantes da linearidade entre a Calorosidade e as restantes covariáveis apresentaram uma linearidade semelhante.

Figura 9

Gráfico de regressão parcial: testagem da linearidade entre a Atratividade e a Competência



Nota. Todos os gráficos representantes da linearidade entre a Competência e as restantes covariáveis apresentaram uma linearidade semelhante.

Tabela 15

Efeitos de interação entre as covariáveis e VIs: testagem da homogeneidade de inclinação de regressão para a Calorosidade

Fonte de variação	Soma dos Quadrados de Tipo III	g.l.	Quadrados Médios	F	Sig.
Idade Perfil * Atratividade	1.12	2	0.56	1.08	.341
Idade Perfil * FQC	0.94	2	0.47	0.92	.402
Idade Perfil * Amabilidade	0.24	2	0.12	0.24	.789
Idade Perfil * Conscienciosidade	0.63	2	0.31	0.61	.544
Género Perfil * Atratividade	1.02	1	1.02	1.99	.160
Género Perfil * FQC	0.21	1	0.21	0.41	.521
Género Perfil * Amabilidade	0.56	1	0.56	1.09	.298
Género Perfil * Conscienciosidade	0.00	1	0.00	0.01	.927

Tabela 16

Efeitos de interação entre as covariáveis e VIs: testagem da homogeneidade de inclinação de regressão para a Competência

Fonte de variação	Soma dos Quadrados de Tipo III	g.l.	Quadrados Médios	F	Sig.
Idade Perfil * Atratividade	1.58	2	0.79	2.38	.095
Idade Perfil * FQC	0.79	2	0.39	1.19	.305
Idade Perfil * Amabilidade	0.08	2	0.04	0.12	.884
Idade Perfil * Conscienciosidade	1.33	2	0.67	2.01	.137
Género Perfil * Atratividade	0.12	1	0.12	0.36	.552
Género Perfil * FQC	0.44	1	0.44	1.32	.252
Género Perfil * Amabilidade	1.12	1	1.12	3.38	.068
Género Perfil * Conscienciosidade	0.53	1	0.53	1.60	.208

Tabela 17

Testagem da independência entre VIs e covariáveis: Idade

		Soma dos Quadrados	g.l.	Quadrados Médios	F	Sig.
Atratividade	Entre grupos	40.30	49	0.82	0.79	.83
	Dentro dos grupos	166.83	161	1.04		
	Total	207.13	210			
FQC	Entre grupos	43.21	49	0.88	1.31	.11
	Dentro dos grupos	108.53	161	0.67		
	Total	151.75	210			
Amabilidade	Entre grupos	52.26	49	1.07	1.09	.34
	Dentro dos grupos	157.50	161	0.98		
	Total	209.75	210			
Conscienciosidade	Entre grupos	68.98	49	1.41	1.39	.07
	Dentro dos grupos	163.63	161	1.02		
	Total	232.61	210			

Tabela 18

Testagem da independência entre VIs e covariáveis: Género

		Soma dos Quadrados	g.l.	Quadrados Médios	F	Sig.
Atratividade	Entre grupos	2.56	1	2.56	2.62	.11
	Dentro dos grupos	204.57	209	0.98		
	Total	207.13	210			
FQC	Entre grupos	0.01	1	0.01	0.01	.93
	Dentro dos grupos	151.74	209	0.73		
	Total	151.75	210			
Amabilidade	Entre grupos	0.63	1	0.63	0.63	.43
	Dentro dos grupos	209.13	209	1.00		
	Total	209.75	210			
Conscienciosidade	Entre grupos	2.65	1	2.65	2.41	.12
	Dentro dos grupos	229.96	209	1.10		
	Total	232.61	210			

Figura 10

Gráfico de Perfil das EMM para a Calorosidade

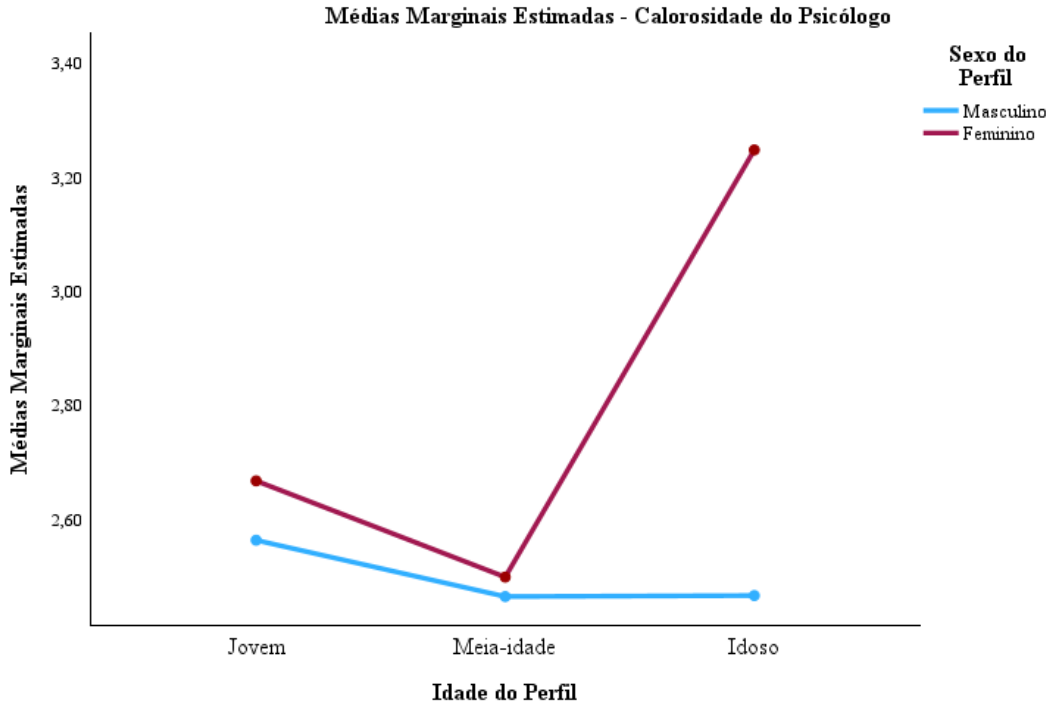
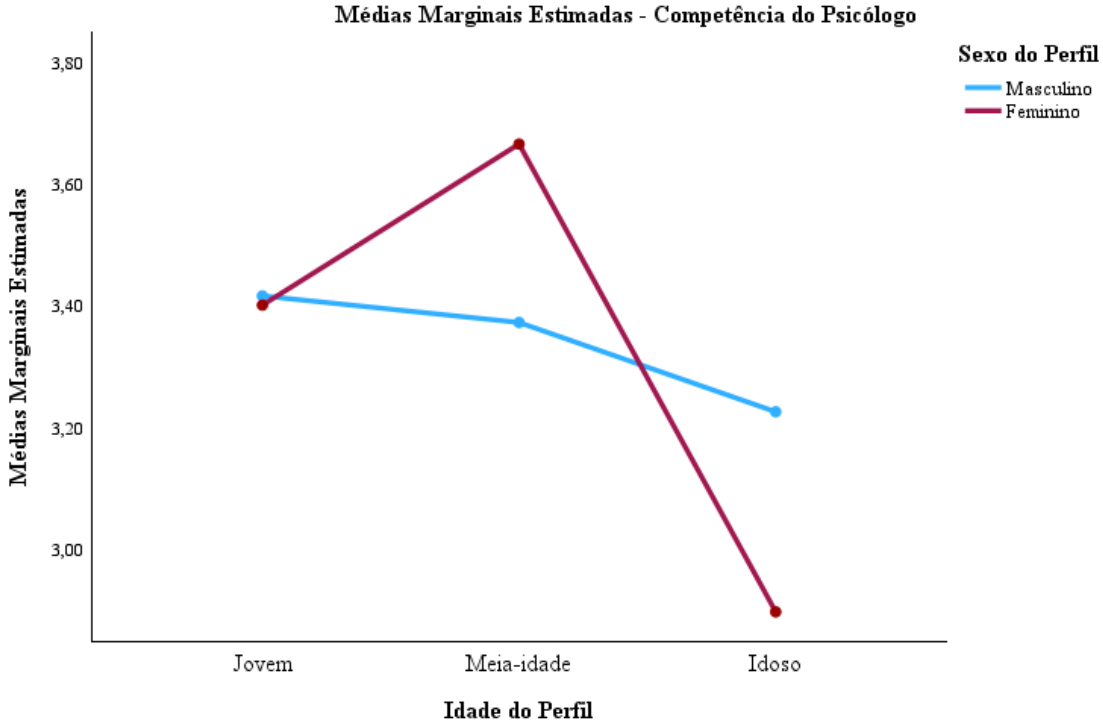


Figura 11

Gráfico de Perfil das EMM para a Competência



Anexo H – Classificação Original das Faces do Presente Estudo

Tabela 19

Média das Perceções Originais de Dimensões Físicas e Emocionais das Faces em Estudo

	Face Feminina (Perfil 2)	Face Masculina (Perfil 3)
Idade	30.29	41.07
Dominante	3.071	4.26
Confiável	3.46	3.56
Atrativa/o	3.08	3.15
Latina/o	0.36	0
Multiétnica	0.14	0
Caucasiana/o	0.5	1
Amedrontada/o	1.54	1.59
Zangada/o	2.33	3.15
Cara de Bebé	1.71	1.70
Enojada/o	1.59	2.30
Inusual	1.81	1.93
Feminina/o	4.43	1.37
Masculina/o	2.39	4.93
Triste	2.18	2.54
Feliz	2.25	1.89
Prototípica/o	2.24	4.39
Surpreendida	1.39	1.52
Ameaçador/a	1.89	2.52

Nota. Idade medida continuamente; Variáveis étnicas medidas de 0-1; Dimensões físicas e emocionais medidas de 1-7.