

Escala de Perceção de Idadismo Institucional em Contextos de Saúde (PIICS): estudos de validação com profissionais que trabalham com adultos idosos

Inês Marques Branco

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Psicologia Clínica e da Saúde
(2º ciclo de estudos)

Orientador: Prof. Doutora Rosa Marina Lopes Brás Martins Afonso
Co-orientador: Prof. Doutor Luís Miguel da Silva Pires

30 de junho de 2022

Dedicatória

À Delfina, ao Joaquim e ao Artur, que sempre me mostraram a importância e a estrutura que os avós dão a uma família. E que, atualmente, tanta falta me fazem.

À Laura, que me continua a dar a mão e a abraçar como só ela sabe.

“Everything that we do together to fight ageism will benefit all of us, as all of us will
grow old.”

Forss (2020)

Agradecimentos

Aos meus pais, pelo apoio e amor constante. Por acreditarem e confiarem sempre em mim e nas minhas capacidades.

À Professora Rosa Marina Afonso pelas correções e sugestões sempre pertinentes e por colocar um pouco de si em todas as tarefas a que se propõe. É, sem dúvida, um grande exemplo, enquanto profissional e enquanto pessoa.

Ao Professor Luís Pires, por me mostrar que a estatística não é um bicho de sete cabeças e pela disponibilidade constante. Um obrigada não chega por toda a motivação e apoio.

À Inês Mateus pela companhia nas longas noites de elaboração de dissertação e por ser tudo o que foi para mim estes 5 anos. Colega de casa, parceira de trabalhos e melhor amiga.

Ao Vasco por me fazer rir e distrair do trabalho, nos dias em que o cansaço mais apertava.

À Carolina, ao Marco, à Joana, ao João e à Patrícia, por tornarem estes 5 anos mais leves. Obrigado por todas as memórias.

À Ana Rita, que é a melhor afilhada que eu podia ter pedido. Obrigada pelas cornucópias, crepes, pães recheados e afins. Acima de tudo, obrigada por seres quem és.

À Inês Vilhena, à Daniela e à Inês Maio, que foram a minha grande companhia neste último ano e sem as quais nada teria sido igual.

A todos os profissionais que disponibilizaram um pouco do seu tempo para o preenchimento dos questionários, tornando possível a elaboração da presente dissertação.

Ao João Mateus, pela colaboração na reta final.

Obrigada.

Introdução

A presente dissertação em Psicologia Clínica e da Saúde, teve como objetivo proceder à validação psicométrica da escala Percepção de Idadismo Institucional em Contextos de Saúde (PIICS), para profissionais que trabalhem diretamente na prestação de cuidados a adultos idosos. A escala pretende avaliar a existência e frequência de situações de discriminação em relação aos adultos idosos na prestação de cuidados de saúde. Este estudo de validação surge na sequência do estudo de Ferreira et al. (2022) de validação para médicos portugueses. A PIICS surgiu a partir do questionário *EVE discrimination questionnaire* (EVE-D), desenvolvido em Espanha, por Casado et al. (2016).

A escala PIICS possui um total de 18 itens, em que são descritas situações discriminatórias que podem ocorrer em contextos de saúde. Tem uma escala de resposta tipo Likert, em que “0” corresponde a “Nunca” e o “3” a “Muitas vezes”. Possui também a opção “Não Aplicável”, uma vez que pode ser aplicada a profissionais de áreas distintas. Participaram neste estudo 240 profissionais que trabalham diretamente na prestação de cuidados a adultos idosos, nomeadamente, auxiliares de ação direta, enfermeiros, animadores socioculturais, assistentes sociais, fisioterapeutas, gerontólogos, médicos, psicólogos, entre outros.

Os resultados evidenciaram as boas capacidades psicométricas da escala PIICS, tendo sido calculados valores de consistência interna, validade convergente e validade divergente e realizada análise fatorial exploratória e análise fatorial confirmatória. Foram ainda realizadas correlações com algumas variáveis sociodemográficas e profissionais. A escala tem como principal contributo possibilitar a identificação de práticas e percepções idadistas de um determinado contexto de saúde, que é um passo fundamental para se eliminar e reduzir o idadismo, o que é essencial para a dignidade e bem estar psicológico dos adultos idosos e para a uma sociedade integradora.

Esta dissertação encontra-se de acordo com o regulamento do 2º ciclo de estudos em Psicologia Clínica e da Saúde, tendo sido preparado como artigo para submissão na revista *Kairós-Gerontologia* e encontra-se a aguardar uma resposta.

Resumo

Aliado ao envelhecimento da população, tem-se detectado a presença de idadismo, estereótipos e discriminação para com as pessoas de mais idade, nos mais variados contextos, nomeadamente na prestação de cuidados a adultos idosos. O idadismo pode manifestar-se a um nível micro (prática individual), meso (mass media) ou macro (instituições), podendo ser consciente ou de forma involuntária. Este estudo foca-se no idadismo institucional em contextos de prestação de cuidados e pretende estudar as propriedades psicométricas da escala Percepção de Idadismo Institucional em Contextos de Saúde (PIICS) para profissionais que trabalhem diretamente na prestação de cuidados a esta população.

Responderam ao protocolo de avaliação do presente estudo 240 profissionais de diferentes áreas que trabalham com adultos idosos, sendo 223 mulheres, com idades compreendidas entre os 21 e os 65 anos ($M= 37.97$ anos; $DP= 11.72$). A escala PIICS é constituída por 18 itens, que descrevem situações idadistas, para o qual o profissional deveria seleccionar uma opção, que considerava corresponder à frequência com que esta situação ocorria. Os resultados permitiram aferir boas capacidades psicométricas da escala PIICS, com excelente consistência interna ($\alpha = .918$). Quanto à validade de constructo da escala, foi encontrada, com análise fatorial exploratória e confirmatória, uma estrutura interna que indica a presença de 3 dimensões do idadismo institucional avaliadas pela PIICS: “Discriminação Direta”, “Comunicação e Interação Discriminatórios”, e “Procedimentos Administrativos e Organização Discriminatórios”. Foram obtidas ainda correlações grandes entre estes 3 fatores e a escala total. A análise de correlações entre o total e os domínios da escala com outras variáveis, salienta a importância da escolaridade, da profissão, da formação específica sobre envelhecimento e do planejar o envelhecimento para a percepção de idadismo.

A escala PIICS apresenta-se assim como uma boa solução para a avaliação do idadismo institucional junto de profissionais que trabalhem diretamente na prestação de cuidados a adultos idosos. A avaliação do idadismo é a primeira etapa para o desenvolvimento de intervenções que visem eliminar e reduzir as práticas idadistas, o que é crucial para o bem estar e para a qualidade da prestação de cuidados aos adultos idosos.

Palavras-chave

Idadismo, Adultos idosos, Escala de Percepção de Idadismo Institucional em Contextos de Saúde, Prestação de cuidados.

Abstract

Allied to the aging of the population, it has been noticed the presence of ageism, stereotypes, and discrimination towards older adults in various contexts, with one of them being the context of care of the elderly. Ageism might occur at a micro level (individual practice), meso (mass media) or macro (institutions) and it can be performed in a conscious or unconscious way. This study, focus on institutional ageism, in contexts of care and aims to assert the psychometric capabilities of the PIICS scale with professionals who work directly with older adults.

240 professionals who work with older adults (223 women), from 21 to 65 years old ($M= 37.97$ years old; $DP= 11.72$) participated in the present study. The PIICS scale is made of 18 items, which describe ageist situations, for which the professional should select an option representing the frequency of each situation in a particular context.

The PIICS scale showed good psychometric capabilities with an excellent internal consistency ($\alpha = .918$). As for the construct validity of the scale, it has been found, with exploratory and confirmatory factorial analysis, an internal structure that indicates the presence of 3 dimensions of institutional ageism evaluated by the PIICS scale: Factor 1) “Direct Discrimination”, Factor 2) “Discriminatory Communication and Interaction”, and Factor 3) “Discriminatory Administrative Procedures and Organization”. There were also obtained large correlations between these 3 factors and the scale’s total. Lastly, the analysis of correlations between the total and the scale domains with other variables seems to highlight the importance of scholary, profession, specific training about aging and planning of aging, for the perception of institutional ageism occurrence.

The PIICS scale thus presents itself as a good measure for the evaluation of institutional ageism with professionals who work directly in the care of older adults. The assessment of Ageism is the first step towards the development of effective interventions that aim to diminish ageist practices, which is crucial for the well-being and quality of care of older adults.

Keywords

Ageism, Older Adults, Institutional Ageism Perception in Health Contexts Scale, Care delivery.

Índice

Introdução	1
Prestação de cuidados aos adultos idosos	3
Fatores relacionados com a prática de idadeísmo.....	4
Impacto do idadeísmo institucional nos adultos idosos	5
Aumento das práticas de idadeísmo na pandemia COVID-19	6
Método	8
Participantes	8
Instrumentos	11
Procedimentos	14
Análise de Dados.....	15
Resultados.....	17
Análise Psicométrica da Escala de Perceção de Idadismo Institucional em Contexto de Saúde (PIICS).....	17
Fiabilidade: Consistência Interna da PIICS	17
Validade de Construto: Estrutura interna da PIICS, Validade convergente e Validade divergente	18
Análise descritiva do nível de idadeísmo institucional percebido	24
Correlações entre os resultados na PIICS, variáveis sociodemográficas e outras variáveis relacionadas com o envelhecimento.....	29
Discussão	30
Conclusão.....	34
Referências.....	35
Anexos.....	46
Anexo A: Itens da Escala PIICS	46

Lista de Figuras

Figura 1. *Scree Plot* da Análise Fatorial Exploratória da escala PIICS.

Figura 2. Modelo de 3 fatores proposto para a escala PIICS e testado com a Análise Fatorial Confirmatória.

Lista de Tabelas

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica dos participantes ($N = 240$).

Tabela 2. Caracterização dos participantes ($N=240$) relativamente a variáveis relacionadas com envelhecimento.

Tabela 3. Consistência Interna: Correlações Item-Total.

Tabela 4. Estrutura Interna da escala PIICS de acordo com a Análise Fatorial Exploratória: Matriz de dados, solução rodada.

Tabela 5. Ajustamento local do Modelo de 3 fatores proposto para a escala PIICS e testado com Análise Fatorial Confirmatória.

Tabela 6. Análise descritiva dos itens: Frequências e Percentagens por Item (Fator 1: “Discriminação Direta”).

Tabela 7. Análise descritiva dos itens: Frequências e Percentagens por Item (Fator 2: “Comunicação e Interação Discriminatórias”).

Tabela 8. Análise descritiva dos itens: Frequências e Percentagens por Item (Fator 3: “Procedimentos Administrativos e Organização Discriminatórios”).

Lista de Acrónimos

WHO	World Health Organization
ERPI	Estrutura Residencial para Pessoas Idosas
PIICS	Percepção de Idadismo Institucional em Contextos de Saúde
EVE-D	<i>EVE discrimination questionnaire</i>
ERA	<i>Expectations Regarding Aging</i>
AFE	Análise Fatorial Exploratória
AFC	Análise Fatorial Confirmatória

Introdução

O aumento da esperança média de vida, aliado à baixa taxa de nascimentos nas últimas décadas, tem conduzido a um envelhecimento da população nos países mais desenvolvidos (United Nations, 2020). A par do envelhecimento da população, tem-se constatado a presença de estereótipos em relação ao processo de envelhecimento e aos adultos idosos, nos mais variados contextos: social, económico, saúde, entre outros (Ayalon, 2015; Challe, 2017; São José et al., 2019). A presença de estereótipos ou preconceitos sobre o envelhecimento e a discriminação dos adultos idosos, com base nestes estereótipos, gera práticas idadistas (Marques et al., 2020).

O termo idadismo surge com Butler (1975), que o definiu como a existência de estereótipos e discriminação para com as pessoas de mais idade, tendo por base apenas a sua idade cronológica. Em 1980, Butler desenvolve a ideia de que o idadismo pode ser dividido em 3 componentes: atitudes, comportamentos e políticas ou práticas institucionais. Numa definição mais atual, Iversen et al. (2009), descrevem o idadismo como a presença de estereótipos positivos ou negativos, preconceito ou discriminação, tendo por base a idade cronológica do indivíduo e/ou o envelhecimento. O idadismo pode ser explícito, ou seja, realizado de forma consciente, ou implícito, quando é realizado de forma inconsciente. Pode ainda manifestar-se a um nível micro, meso ou macro. O nível micro refere-se à prática individual, o nível meso às redes sociais/*mass media* e o nível macro às instituições, à legislação e às práticas culturais. O idadismo pode ainda ser dirigido aos outros ou a si próprio (Iversen et al., 2009; São José & Amado, 2017). Ou seja, adultos idosos que internalizem o idadismo de que são alvo podem interiorizar esses estereótipos e minimizar e restringir as suas próprias capacidades (Neubauer et al., 2017).

A nível macro destaca-se o idadismo institucional, que se reporta a regras e práticas institucionais que são discriminatórias, estando subjacente a esta discriminação a idade cronológica dos indivíduos (Lloyd-Sherlock et al., 2016). Esta forma de idadismo ocorre em diferentes instituições, da área social, da saúde, em empresas ou no sistema legal e tende a ser dificilmente detetada, uma vez que o funcionamento das instituições costuma ser encarado como ritualizado (World Health Organization - WHO, 2021), gera um sério impacto na saúde física e psicológica (Chang et al., 2020), qualidade de vida e dignidade das pessoas mais velhas (WHO, 2021).

No contexto da prestação de cuidados a adultos idosos, por exemplo, na área da saúde, muitas vezes os adultos idosos não são incluídos em ensaios clínicos para

determinadas patologias, sendo o critério de exclusão a sua idade, apesar destes ensaios poderem vir a ter benefícios para a sua saúde e qualidade de vida (Chang et al., 2020; Wyman et al., 2018), assim como em programas de promoção de saúde que envolvam temáticas como, por exemplo, a nutrição (Forss et al., 2018). Quanto à saúde psicológica, é frequente ser desvalorizada a presença de sintomatologia depressiva nos mais velhos, assim como as suas consequências (Obuobi-Donkor et al., 2021), e é privilegiado o tratamento farmacológico em vez de intervenções psicológicas (Borglin et al., 2019).

A não inclusão dos adultos idosos nas decisões sobre o seu tratamento, assim como a não realização de uma correta educação sobre o funcionamento e impacto das doenças, pode também ser vista como uma forma de discriminação dos adultos idosos (Butterworth et al., 2020), uma vez que estudos afirmam que pacientes com comorbilidades e com mais idade são menos envolvidos nas decisões sobre os seus tratamentos, quando comparados com pessoas mais jovens e saudáveis (Brink-Muinen et al., 2006). O mesmo é detetado nos processos de reabilitação, por exemplo, após um Acidente Vascular Cerebral, em que o acesso a este tipo de serviços é dificultado através do critério da idade (Forti et al., 2017). O idadismo institucional pode também contribuir para a prescrição desadequada de medicação e para a polimedicação (WHO, 2021), ou para o subdiagnóstico de problemas de saúde mental (Bodner et al., 2018), problemas de abuso de álcool (Joshi et al., 2021) e problemas de saúde física, como o cancro (Biskup et al., 2020).

No contexto de prestação de cuidados de longa duração pode também indicar-se, por exemplo, como forma de idadismo institucional, a maneira como os trabalhadores comunicam com os adultos idosos, nomeadamente através da utilização de diminutivos ou da alteração do tom de voz (WHO, 2021). Subjacente a esta prática idadista encontra-se a ideia de que é necessário simplificar a comunicação, quando se fala com adultos idosos, para conseguirem compreender o que lhes está a ser explicado (Shaw & Gordon, 2021). Esta é uma prática idadista que contribui para a infantilização dos mais velhos e que aumenta a resistência aos cuidados e aos tratamentos médicos (Williams et al., 2017). Com adultos idosos, principalmente os que, devido aos seus problemas de saúde, precisam de cuidadores, constata-se, ainda, uma tendência a uma sobreproteção, que apesar de poder ter boas intenções, contribui para o aumento da dependência dos mais velhos, afetando a sua funcionalidade e autonomia (Fernández-Ballesteros et al., 2019; Sánchez-Izquierdo et al., 2019).

Chang et al. (2020), numa revisão sistemática de literatura, concluíram que, nos últimos anos, o número de estudos realizados sobre idadismo institucional tem decrescido, ao contrário dos estudos sobre idadismo individual (nível micro). Segundo

estes autores, esta diminuição do interesse no estudo do idadismo institucional limita o reconhecimento do papel que as instituições e a sociedade têm na manutenção da discriminação sobre as pessoas mais velhas. No presente estudo, iremos focar-nos no idadismo institucional, em contexto de prestação de cuidados aos adultos idosos.

Prestação de cuidados aos adultos idosos

A prestação de cuidados a adultos idosos é uma área com elevadas exigências nos últimos anos, como consequência do envelhecimento da população, do aumento da esperança média de vida, do aumento da prevalência de doenças crónicas e da falta de recursos disponíveis (Amalberti et al., 2019; Braithwaite et al., 2019). A falta de recursos tem como consequência o aumento da sensação de sobrecarga e da insatisfação com o trabalho, diminuindo a qualidade dos serviços prestados (Chee, 2020), com consequências físicas e emocionais, tanto para os mais velhos, como para os trabalhadores (Krzyzaniak et al., 2021).

Noutros contextos de prestação de cuidados, esta sobrecarga também tem sido sentida. Por exemplo, no contexto hospitalar, associado ao envelhecimento, está o aumento do número de adultos idosos a necessitar de cuidados de saúde (Williams et al., 2020). Os cuidados devem ser prestados por profissionais devidamente formados sobre a temática do envelhecimento e sobre as necessidades dos adultos idosos, com o objetivo de prestar cuidados adequados e, conseqüentemente, aliviar os serviços de prestação de cuidados, uma vez que os adultos idosos não irão necessitar de voltar recorrentemente ao hospital, para uma mesma problemática (Amalberti et al., 2019).

Ou seja, algumas das estratégias para melhorar a prestação de cuidados a adultos idosos passam por promover a autonomia e o bem-estar físico, mental e social dos adultos idosos, o que irá diminuir o número de adultos idosos a requerer cuidados de saúde e reduzir o número de idas ao hospital (Gallegos-Carrillo et al., 2019). Assim, sabendo que o idadismo tem consequências a nível físico, emocional, social e económico, a prevenção da sobrecarga dos serviços de prestação de cuidados também deve ter em conta a redução e a eliminação de práticas idadistas. Os vários serviços que prestem cuidados a adultos idosos devem funcionar sempre em complementaridade, de forma a aliviar esta sobrecarga (Braithwaite et al., 2019). Uma revisão sistemática da literatura de Garratt et al. (2021), concluiu que o futuro da prestação de cuidados, com qualidade, passa por escutar os trabalhadores e os adultos idosos, assim como as suas necessidades.

Fatores relacionados com a prática de idadeísmo

Existem fatores, como por exemplo, algumas características sociodemográficas ou profissionais, que se relacionam com o aumento ou diminuição da possibilidade de se desenvolverem crenças ou práticas idadeístas (Marques et al., 2020). A existência destas crenças e/ou práticas em profissionais de saúde e profissionais de prestação de cuidados a pessoas mais velhas tem demonstrado resultados ambíguos nos últimos anos, com alguns estudos a afirmar a sua existência e outros a discordar (Hosseini et al., 2020; São José & Amado, 2017; Ugurlu et al., 2019).

Explicitando alguns dos fatores que parecem estar relacionados com os níveis de idadeísmo, no caso dos profissionais que contactam diariamente com população mais envelhecida e com problemas de saúde, Gomez-Moreno et al. (2019), constatam que estes se encontram mais predispostos à criação de estereótipos negativos sobre o envelhecimento, uma vez que estão constantemente em contacto com adultos idosos com patologias. Por sua vez, a existência e o grau de idadeísmo institucional em ERPI's e outras instituições aparenta encontrar-se relacionada com a disponibilidade de recursos económicos e sociais, e com a percentagem de adultos idosos (Marques et al., 2020), constatando-se que quanto menores os recursos e quanto mais envelhecida a população de um determinado país, maior o idadeísmo institucional observado.

O facto dos profissionais terem formação na área da gerontologia, relaciona-se com uma menor predisposição à criação de estereótipos negativos (Gomez-Moreno et al., 2019), o que remete para o facto de a formação alertar para a elevada variabilidade inter e intra individual no processo de envelhecimento. Em relação à população em geral, os estudos constatam que aumenta a probabilidade de um indivíduo ser idadeísta, o facto de este ser do género masculino, jovem, possuir um baixo nível educacional (Officer et al., 2020) e, ainda, ter receio/ansiedade do envelhecimento e da morte (Donizzetti, 2019; Marques et al., 2020). No entanto, entre estes fatores, o que parece ser mais determinante é o baixo nível educacional (Officer, et al., 2020). Entre os profissionais da área da saúde e do serviço social, o género e a idade aparentam ser ainda menos determinantes para a formação de crenças idadeístas, do que para a população em geral (Lambrinou et al., 2009). Estes resultados reforçam que o conhecimento e formação sobre o envelhecimento reduzem as práticas idadeístas, uma vez que os profissionais, ao terem uma visão mais informada, fundamentada e realista sobre o envelhecimento, podem ser críticos e reduzir ou eliminar práticas institucionais discriminatórias, assim como comunicar, de forma mais eficaz, situações idadeístas que percecionem (Ferreira et al., 2022).

Um outro conceito que tem vindo a ser associado ao idadeísmo e à saúde dos adultos idosos, com impacto a nível físico, cognitivo e emocional, são as expetativas

sobre envelhecimento (Moieni et al., 2020; Nia et al., 2022), que consistem nas expectativas que os indivíduos têm sobre a sua saúde física, saúde mental e funcionamento cognitivo, ao longo do envelhecimento (Sarkisian et al., 2005). Adultos idosos que tenham baixas expectativas sobre envelhecimento, tendem a procurar menos cuidados de saúde, uma vez que consideram que certas dificuldades são esperadas, como por exemplo, no caso da depressão ou da incontinência urinária (Sarkisian et al., 2002). Tendem também a ter menos comportamentos promotores de saúde, como a realização de exercício físico (Breda & Watts, 2017). Expectativas sobre envelhecimento negativas, aparentam estar associadas a estereótipos sobre o envelhecimento, ou seja, idadeísmo, e a percepções incorretas sobre o envelhecimento e ao que é esperado nessa faixa etária (Whatley & Castel, 2020). Por sua vez, expectativas sobre envelhecimento positivas, estão associadas a um maior e melhor funcionamento físico (Andrews et al., 2017), melhores níveis de saúde mental e bem-estar (Moieni et al., 2020). Assim, compreender as expectativas sobre envelhecimento é crucial, uma vez que quando estas são positivas, as probabilidades de um envelhecimento ativo e bem sucedido são mais elevadas (Joshi et al., 2010) e a capacidade de adaptação às alterações associadas ao envelhecimento é maior (Nia et al., 2022).

Impacto do idadeísmo institucional nos adultos idosos

A prática de idadeísmo tem um impacto indiscutível na saúde física e mental dos adultos idosos (Hu et al., 2020). Quando os adultos idosos detetam estes estereótipos negativos, nos cuidados que lhe são prestados, reportam mais dor física, menor saúde mental e insatisfação com os cuidados de saúde (Schroyen et al., 2017). Quanto ao impacto na saúde mental, experienciar práticas idadeístas aumenta a probabilidade de desenvolvimento de perturbações do humor, como ansiedade e depressão (Lyons et al., 2018), aumenta a percepção de solidão e o stress, diminui a probabilidade de experienciar bons níveis de saúde mental (Brydon et al., 2022) e contribui para a deterioração cognitiva dos adultos idosos (Chang et al., 2020).

O idadeísmo tem, também, impacto na identidade e dignidade dos adultos idosos (Banerjee et al., 2021). Por exemplo, a identidade de adultos idosos a quem sejam prestados cuidados é afetada por se encontrarem em ERPI's ou outras instituições de prestação de cuidados, ao não permitir que o adulto idoso escolha o que vai fazer no seu dia a dia, criando uma rotina ou escolhendo as atividades pela pessoa (Kane & Vries, 2017). O idadeísmo tem, ainda, impacto no bem-estar social dos adultos idosos, podendo conduzir a isolamento social, solidão (Shpakou et al., 2021), restrição da vida sexual, aumento da percepção de vulnerabilidade e a um maior risco de experienciar abuso e violência (WHO, 2021).

Aumento das práticas de idadismo na pandemia COVID-19

Apesar do estudo do idadismo ter tido uma crescente relevância nos últimos anos (Officer et al., 2020) e de uma maior sensibilização para o tema, os estudos afirmam que estas práticas continuam a ocorrer, tendo-se agravado durante a pandemia COVID-19 (Chee, 2020; Fraser et al., 2020; Harper, 2020).

Algumas das medidas tomadas, de controlo profilático da pandemia, foram promotoras de idadismo, com impacto na saúde física e mental dos mais velhos (Vale et al., 2020). Destacam-se as medidas de isolamento, nomeadamente a recomendação de que os adultos idosos se devam encontrar isolados, sem proximidade física com as restantes gerações, independentemente de terem ou não problemas de saúde (Ehni & Wahl, 2020; Reynolds, 2020). Em conformidade com esta medida foram suspensas as visitas a ERPI's, hospitais, entre outros, o que contribuiu para o aumento da solidão nos adultos idosos. O impacto negativo da suspensão de visitas, foi percecionado pelos próprios trabalhadores de ERPI's, que identificaram alterações emocionais, sociais e agravamento de défices, nos adultos idosos (Brydon et al., 2022).

O contacto com a família e amigos permite preservar a identidade e é uma fonte de suporte social e emocional (Kane & Vries, 2017). São encontrados níveis mais elevados de sintomatologia depressiva nos adultos idosos, nos primeiros anos de institucionalização em ERPI's ou outras entidades de prestação de cuidados a longo prazo, quando comparados com adultos idosos que se encontram há mais tempo nestas estruturas. Este facto pode dever-se à separação da família e ao período de adaptação à instituição (Bezerra et al., 2020). O contacto com a família assume-se, assim, como crucial para o bem-estar dos mais velhos.

Nas ERPI's o acréscimo às tarefas desempenhadas anteriormente, de atividades de desinfeção e limpeza com maior regularidade, o facto dos profissionais infetados ou em contacto com infetados por COVID-19 terem períodos de isolamento, a redução de contactos entre profissionais e a redução ou inexistência de visitas de pessoas do exterior, entre outros fatores, aumentaram a sobrecarga dos trabalhadores, podendo aumentar ou legitimar práticas idadistas (Afonso et al., 2022). Atualmente, cerca de 2 anos depois do início da pandemia, esta encontra-se mais controlada, no entanto, é notório que a abertura ao exterior destas instituições ainda se encontra bastante restrita. Apesar dos motivos subjacentes às restrições serem de contenção da pandemia e proteção, o impacto da falta de contacto intergeracional e da solidão, na saúde psicológica, assim como a deterioração física e cognitiva, é notório (Chee, 2020; McArthur et al., 2021, O' Caoimh et al., 2020).

Em investigações mais recentes, fatores como comorbilidades e excesso de peso aparentarem ser fatores mais precisos para predizer o risco de mortalidade ou doença

grave de um determinado indivíduo, por COVID-19, no entanto, a idade cronológica tem vindo a ser utilizada como uma forma de generalização de risco face ao vírus (Harper, 2020). Ao longo da pandemia, a morte dos mais jovens foi divulgada como mais preocupante, conduzindo até a investigações e entrevistas, enquanto as mortes dos adultos idosos eram encaradas como esperadas (Fraser et al., 2020), isto contribuiu para a ideia de que as vidas dos adultos idosos não são tão valiosas como a vida dos mais novos. O grupo dos adultos idosos tem sido considerado um grupo homogéneo e o envelhecimento não tem sido encarado como um processo, que difere de pessoa para pessoa (Harper, 2020).

No entanto, apesar das práticas idadistas que foram surgindo ao longo da pandemia, a solidariedade intergeracional também tem sido uma realidade. Surgiram programas e ações de voluntariado para auxiliar os adultos idosos, e os profissionais de saúde faziam esforços para a realização de videochamadas, apesar da sua elevada carga de trabalho, com o objetivo de manter os doentes em contacto com as famílias (Maffoni et al., 2021). Apesar de todos estes esforços, o impacto da pandemia COVID-19 na saúde física e psicológica dos adultos idosos e o aumento de idadismo têm sido reportados (Brydon et al., 2022).

Num contexto de existência e agravamento de idadismo, uma das estratégias de redução que se destaca é a utilização de escalas de avaliação do idadismo, uma vez que estas permitem sinalizar e avaliar práticas idadistas de um determinado contexto ou indivíduos, o que torna mais fácil a identificação do que deve ser modificado (Ayalon et al., 2019). Neste sentido, este estudo pretende: (1) estudar as propriedades psicométricas da escala Perceção de Idadismo Institucional em Contextos de Saúde (PIICS); e (2) analisar o idadismo institucional percecionado por profissionais que trabalham diretamente com adultos idosos, tendo em conta variáveis sociodemográficas e profissionais e outras variáveis relacionadas com o envelhecimento.

Método

Participantes

Participaram no estudo 240 profissionais que trabalham diretamente na prestação de cuidados a adultos idosos, nomeadamente: 82 (34%) auxiliares de ação direta, 30 (13%) psicólogos, 27 (11%) assistentes sociais, 23 (10%) enfermeiros, 18 (8%) gerontólogos, 16 (8%) animadores socioculturais, 9 (4%) elementos da direção de ERPI's, 7 (3%) fisioterapeutas, 6 (3%) sociólogos, 5 (2%) médicos, 5 (2%) educadores sociais e 12 (5%) profissionais de outras áreas que também trabalhavam na prestação de cuidados a adultos idosos, como técnicos de análises clínicas, optometristas, ajudantes de geriatria, psicomotricistas, entre outros. Dos participantes, 17 (7%) dos profissionais eram homens e 223 (93%) eram mulheres. Os participantes tinham idades compreendidas entre os 21 e os 65 anos e a média de idades era de 37.97 anos ($DP = 11.72$). Quanto à área de residência, 82 (34%) dos profissionais eram de área predominantemente rural, 99 (41%) de área mediantemente urbana e 59 (25%) de área de predominantemente urbana (cf. Tabela 1).

A escolaridade dos profissionais era maioritariamente licenciatura 86 (36%), seguido de 10^o a 12^o ano (25%), mestrado (23%), 5^o a 9^o ano (11%), bacharelato (2%), doutoramento (1%), até ao 4^o ano (0.4%), entre outros, como pós-graduações ou cursos profissionais (2%) (cf. Tabela 1.). Os participantes relataram também as seguintes áreas de formação: curso de Psicologia (19%), Enfermagem (15%), Serviço Social (15%), Gerontologia (14%), Educação Social (7%), Animação Sociocultural (6%), Ciências Sociais (6%), Fisioterapia (5%), Sociologia (5%), Medicina (3%), Optometria (1%), Ciências do Desporto (1%), Contabilidade (1%), Saúde (1%), Design Multimédia (1%), Curso Técnico Agroflorestal (1%), e Teatro e Comunidade (1%).

Tabela 1.*Caracterização sociodemográfica dos participantes (N = 240).*

Variáveis		Frequências	Percentagens (%)
Gênero	Homem	17	7.1%
	Mulher	223	92.9%
Residência	Área predominantemente rural	82	34.2%
	Área mediantemente urbana	99	41.3%
	Área predominantemente urbana	59	24.6%
Escolaridade	0 – 4º ano	1	.4%
	5º - 9º ano	26	10.8%
	10º - 12º ano	61	25.4%
	Bacharelato	4	1.7%
	Licenciatura	86	35.8%
	Mestrado	56	23.3%
	Doutoramento	2	.8%
	Outra	4	1.7%
Profissão	Auxiliar de Ação Direta	82	34.2%
	Enfermeiro	23	9.6%
	Animador Sociocultural	16	6.7%
	Assistente Social	27	11.3%
	Fisioterapeuta	7	2.9%
	Gerontólogo	18	7.5%
	Médico	5	2.1%
	Psicólogo	30	12.5%
	Sociólogo	6	2.5%
	Direção	9	3.8%
	Educador Social	5	2.1%
	Outra	12	5.0%

A maioria dos participantes, 170 profissionais que participaram neste estudo, tinha formação sobre envelhecimento (71%), através de formação profissional (59%), de pós-graduações/especializações (15%), de unidades curriculares do curso de formação (24%), entre outros (2%). Dos 240 participantes, 138 profissionais afirmavam ter familiares próximos adultos idosos com dependência (58%), mas apenas 31

relatavam ser cuidadores informais dos mesmos (23%). Quanto a questões relacionadas com envelhecimento, 149 (62%) profissionais relatavam pensar frequentemente sobre o seu envelhecimento, e 113 (47%) profissionais consideravam muito necessário planear e preparar o envelhecimento (cf. Tabela 2).

Tabela 2.

Caracterização dos participantes (N=240) relativamente a variáveis relacionadas com envelhecimento.

Variáveis	Frequências	Percentagens (%)	
Formação em Envelhecimento	Sim	170	70.8%
	Não	70	29.2%
Tipo de Formação em Envelhecimento	Formação Profissional	100	59.2%
	Pós-graduação/ especialização	25	14.8%
	Unidades Curriculares/disciplinas	41	24.3%
	Outra	3	1.8%
Familiars adultos idosos com dependência	Sim	138	57.5%
	Não	102	42.5%
Cuidador Informal dos familiares com dependência	Sim	31	22.8%
	Não	105	77.2%
Pensar no envelhecimento	Nunca	1	.4%
	Raramente	65	27.1%
	Frequentemente	149	62.1%
	Sempre	25	10.4%
Planear o envelhecimento	Nada necessário	4	1.7%
	Pouco necessário	37	15.4%
	Moderadamente necessário	86	35.8%
	Muito necessário	113	47.1%

Instrumentos

Escala de Percepção de Idadismo Institucional em Contexto de Saúde (PIICS)

A escala PIICS surgiu a partir do questionário *EVE discrimination questionnaire* (EVE-D), desenvolvido em Espanha, que pretendia analisar se uma legislação claramente não idadista, consegue que não existam comportamentos de discriminação, para com os adultos idosos (Casado et al., 2016). Os itens descreviam eventuais situações discriminatórias, que ocorriam em contextos médicos ou sociais, solicitando-se a profissionais que trabalhavam com adultos idosos que identificassem se estas situações ocorriam ou não. O EVE-D é constituído por 28 itens, com uma escala de resposta que inclui as seguintes opções: “Sim”, “Não”, “Não sei”. Responderam ao questionário original, em formato presencial e online, 174 profissionais, membros da Sociedade Espanhola de Geriatria e Gerontologia, de diferentes áreas profissionais (médicos, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, entre outros). Após a realização de análise de componentes principais, foram identificados 3 componentes/fatores em que os itens do questionário EVE-D se agruparam: Fator 1) Discriminação Direta, que exclui adultos idosos de programas de alto custo (5 itens); Fator 2) Discriminação Indireta, ao estabelecer como prioridade os pacientes mais jovens, quando comparados com os adultos idosos, evidenciando um tratamento desigual (5 itens); e Fator 3) Sobreproteção e tratamento paternalista com que se trata o adulto idoso (4 itens). No estudo de Casado et al. (2016), 14 dos 28 itens não saturaram em nenhum dos 3 componentes. Após análise da frequência de resposta aos diversos itens, os autores concluíram que os 20 primeiros itens da escala, ou seja, as 20 primeiras situações discriminatórias, eram reportadas por mais de 60% dos profissionais que reponderam ao questionário, com uma adequada fiabilidade (consistência interna de .80), evidenciando a percepção de práticas discriminatórias no contexto de saúde, em Espanha, por parte dos profissionais que trabalham diretamente com adultos idosos (Casado et al., 2016).

Em 2022, Ferreira et al. (2022) traduziram e adaptaram o EVE-D, para avaliar a forma como o idadismo institucional é percecionado pelos médicos portugueses, em relação ao sistema de saúde português. Procederam ao processo de tradução e retroversão da escala, tendo em conta as diferenças culturais existentes entre Portugal e Espanha. Quanto à escala de resposta, foram mantidas as opções “Sim” e “Não”, mas foi eliminada a opção “Não sei”, uma vez que consideraram que todos os médicos seriam capazes de responder aos 28 itens. Participaram no estudo 500 médicos, de 92

especialidades. Relativamente à consistência interna, o *Alpha de Cronbach* obtido foi de .844. Quanto à estrutura interna do questionário, foi realizada uma análise de componentes principais, tendo sido evidenciados 3 componentes/fatores: Fator 1) Discriminação direta percebida, com a exclusão de adultos idosos de programas de alto custo (12 itens); Fator 2) Discriminação indireta percebida, através do adiamento de tratamentos/exames ou proposta de tratamentos menos completos (11 itens); Fator 3) Comunicação discriminatória percebida, relacionada com a limitação da liberdade e autonomia dos adultos idosos (5 itens).

Neste estudo, partindo-se dos resultados obtidos em Ferreira et al. (2022), foram realizados estudos de validação da escala PIICS com profissionais que trabalham diretamente com adultos idosos. Após ter sido obtido consentimento, pelos autores da escala original, para a sua utilização neste estudo, procedeu-se à remoção de 10 itens da escala original, com base nos resultados do estudo psicométrico de Ferreira et al. (2022), com vista a melhorar a escala. A remoção de itens teve em conta fatores como: manter uma visão global e representativa do contexto de saúde, não afunilando os itens para contextos específicos (itens 8 e 13); não ter itens referentes à vertente económica, que devido à sua formulação e ao momento de crise pandémica atual, poderiam ser confusos e demasiado específicos do contexto vivido (itens 24 e 28); os itens não pertencerem a mais do que uma dimensão do idadismo institucional avaliada pela escala (itens 12 e 26); os itens não aparentarem ser discriminativos (itens 10 e 14); e não ter itens que eram repetitivos, reduzindo a redundância (itens 2 e 25).

Antes de se definir a versão final da presente escala, esta foi aplicada a 6 profissionais que trabalhavam diretamente com adultos idosos (auxiliares de ação direta, enfermeiros e psicólogos) e a escala foi revista por dois investigadores da área do envelhecimento, para se perceber a validade de face e a validade de conteúdo dos itens, respectivamente. Foi ajustada a formulação de alguns dos itens, facilitando a sua compreensão. A escala PIICS ficou com um total de 18 itens, que contribuíam para as 3 dimensões/fatores da escala que tinham sido sugeridos nos estudos com o EVE-D, nomeadamente, para a Discriminação Direta percebida (itens 1, 2, 3, 4, 5, 6), a Discriminação Indireta percebida (7, 8, 9, 10, 11, 12) e para a Comunicação Discriminatória percebida (13, 14, 15, 16, 17, 18). Mantiveram-se 6 itens por fator, o que permite uma avaliação mais precisa e fidedigna de cada uma das hipotéticas dimensões do idadismo institucional avaliadas na PIICS. Quanto à escala de resposta, considerou-se importante a sua modificação, para tornar possível avaliar, além da presença/ausência de idadismo institucional, a sua frequência. Assim, procedeu-se à alteração para uma escala Likert de 4 pontos, que permite a avaliação da frequência em que as situações idadistas poderiam ocorrer, sendo que “0” correspondia a “Nunca”, “1”

a “Poucas vezes”, “2” a “Algumas vezes” e “3” a “Muitas vezes”. Foi ainda criada uma opção de “Não Aplicável”. Esta opção foi também imprescindível, uma vez que no presente estudo se alargou a aplicação da escala a diversos profissionais de áreas distintas, com âmbitos de atuação diferentes e sem conhecimento sobre todos os itens da escala. Neste questionário, tornou-se também possível obter um valor total de idadeísmo institucional, no contexto em que for aplicado, assim como um valor total por dimensão. No presente estudo, foi obtido um excelente valor de consistência interna, com um *Alpha de Cronbach* de .918.

Questionário Sociodemográfico

Foi aplicado um Questionário Sociodemográfico e Profissional, que teve em conta variáveis como o género, a idade, a área de residência e a escolaridade. Seguiram-se questões sobre formação em envelhecimento, profissão, se os profissionais tinham familiares com algum nível de dependência e, caso a resposta a esta última questão fosse afirmativa, se eram cuidadores informais desses mesmos familiares.

Questões sobre envelhecimento

Foram também inseridas algumas questões sobre se os profissionais costumavam pensar no seu envelhecimento e se consideravam necessário planear e preparar o envelhecimento, e, ainda, uma pergunta aberta, onde era solicitado que descrevessem como gostariam de envelhecer.

12 – Item Expectations Regarding Aging Survey (ERA-12)

A ERA-12 avalia as expectativas dos indivíduos sobre o envelhecimento (Sarkisian et al., 2005), sendo uma versão reduzida da escala *Expectations Regarding Aging Survey* (ERA-38) (Sarkisian et al., 2002). As propriedades psicométricas da ERA-12 demonstraram níveis muito próximos da ERA-38, tanto ao nível da fiabilidade como da validade de construto, pelo que os autores recomendam a sua utilização quando não é possível aplicar uma escala tão extensa como a ERA-38 (Sarkisian et al., 2005). É composta por 12 itens, com uma escala de *Likert* cujas opções são: “Totalmente verdadeira”, “Um pouco verdadeira”, “Um pouco falsa” e “Totalmente falsa”. Os 12 itens encontram-se divididos em 3 domínios, com 4 itens por domínio: 1) Expectativas relacionadas com saúde física (itens 1, 2, 3 e 4), 2) Expectativas relacionadas

com saúde mental (itens 5, 6, 7 e 8), e 3) Expetativas relacionadas com funcionamento cognitivo (itens 9, 10, 11 e 12). A presente escala, além da pontuação nos 3 domínios, possui também uma escala de expetativas sobre envelhecimento global, que inclui os 12 itens (Sarkisian et al., 2005). No presente estudo, foi obtido um bom valor de consistência interna, com um *Alpha de Cronbach* de .888.

Procedimentos

Os dados foram recolhidos presencialmente, através da aplicação de um protocolo de avaliação em papel, e online através da plataforma *Google Forms* (<https://google.com/forms/about/>) que permite criar e partilhar formulários e inquéritos online. Os participantes, ao abrirem o protocolo, encontravam um consentimento informado, seguido da escala PIICS, da escala ERA-12 e, por último, um questionário sociodemográfico, assim como questões relacionadas com envelhecimento. A amostra foi recolhida entre 14 de março e 8 de junho de 2022. Foram contactas 15 ERPI's do Centro e Norte do País (via e-mail), selecionadas de forma aleatória com recurso à Carta Social, a solicitar a participação dos seus profissionais no estudo. Das 15 instituições contactadas, 5 aceitaram participar. Assim, foi solicitado que estas instituições disseminassem o protocolo de avaliação junto dos seus profissionais (Auxiliares de Ação Direta, Enfermeiros, Animadores Socioculturais, Assistentes Sociais, Fisioterapeutas, Gerontólogos, Médicos, Psicólogos, Sociólogos, Elementos da Direção, entre outros). Das restantes 10 instituições, 5 instituições deram parecer negativo, indicando que o faziam devido a falta de recursos (tempo) e/ou surtos de COVID-19 na instituição e 5 instituições não deram resposta ao pedido de colaboração.

Foram, também, contactadas 6 Associações Profissionais Nacionais, via e-mail, (Fisioterapia, Enfermagem, Gerontologia, Gerontologia Social, Serviço Social e Animação Sociocultural) e 3 Ordens (Psicólogos, Médicos e Enfermeiros), para que estas disseminassem o protocolo de avaliação através dos seus inscritos. De entre as Associações e Ordens contactadas, a Associação Nacional de Animação Sociocultural e a Associação Nacional de Gerontólogos deram parecer positivo para divulgação do protocolo de avaliação entre os seus associados. Por sua vez, a Ordem dos Enfermeiros e a Ordem dos Psicólogos, afirmaram que para divulgarem o questionário teriam de ser submetidos vários elementos do estudo à sua Comissão de Ética, o que poderia demorar algum tempo, pelo que se procedeu à não realização desta colaboração. As

restantes Associações e Ordens não responderam ao pedido de colaboração. O questionário foi ainda partilhado através das redes sociais (Facebook, Instagram, Whatsapp e LinkedIn).

Este estudo foi autorizado pela Comissão de Ética da Universidade da Beira Interior (Processo nº CE-UBI-Pj-2020-092-ID433) e a participação no mesmo era confidencial e voluntária, tendo sido sempre recolhido consentimento informado junto dos profissionais.

Análise de Dados

Após a recolha dos dados, os dados da plataforma *Google Forms* foram extraídos num ficheiro do Microsoft Office Excel, a partir do qual foi criada, depois de um pré-tratamento (e.g., revisão e uniformização das respostas de itens categoriais), uma base de dados em SPSS (IBM SPSS Statistics versão 28, 2021), programa usado nas análises estatísticas descritas nesta Dissertação. Foram realizadas análises descritivas, nomeadamente, para a caracterização dos participantes no estudo. Antes da análise dos dados recolhidos com o protocolo de avaliação, foi avaliada a normalidade da distribuição da matriz de dados, recorrendo aos valores obtidos para a curtose (Ku) e simetria (Sk) em cada variável, que mostraram uma distribuição próxima da distribuição normal, de acordo com os valores propostos por Kline (2015) ($|Sk| < 3$ e $|Ku| < 8$). Como todas as respostas às perguntas de resposta fechada no protocolo de avaliação foram definidas como de resposta obrigatória no *Google Forms*, não foram identificadas respostas omissas (*missings*) nas variáveis nominais, ordinais e escalares definidas no protocolo de avaliação. Contudo, uma vez que existe a opção “Não Aplicável” na escala PIICS, foi necessário recorrer ao método de imputação múltipla para substituir estes dados “omissos” (no sentido de não ter sido dada uma resposta dentro da escala ordinal de resposta definida na escala).

Para os estudos de validação da escala PIICS, foram primeiramente realizadas análises sobre a fiabilidade, nomeadamente, através da consistência interna (*Alpha de Cronbach*; Matriz de Correlações Item-Total). Para o *Alpha de Cronbach* (α), consideraram-se, de acordo com George e Mallery (2003), como aceitáveis valores de $\alpha \geq .6$, embora Nunnally (1978) recomende pelo menos $\alpha \geq .7$, e considere valores de $\alpha \geq .8$ preferíveis. Posteriormente, foi analisada a estrutura interna da PIICS como forma de estabelecer a sua validade de constructo. Tendo em conta que a escala PIICS derivou de um questionário já estudado (a versão portuguesa do EVE-D), mas que é uma versão mais reduzida (com menos 10 itens) e que tem uma escala de resposta diferente

(ordinal em vez de dicotómica), foi considerado mais prudente realizar primeiro uma análise fatorial exploratória (AFE) e só depois a análise fatorial confirmatória (AFC). O teste *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO) e o teste de esfericidade de *Bartlett* foram usados para confirmar a adequabilidade da matriz de dados para a realização da análise fatorial. Após a AFE, procedeu-se à AFC recorrendo ao software JASP (v. 0.14.0.0), programa que permite a seleção de um método de estimação mais adequado à natureza dos dados recolhidos com a PIICS. Assim, a AFC foi realizada usando o método de estimação Robust Diagonally Weighted Least Squares (RDWLS), que tem em conta matrizes de correlação policóricas para escalas de resposta do tipo Likert e não assume a distribuição normal dos dados (Li, 2016). Para a determinação do ajuste dos modelos, foram calculados os seguintes índices de ajuste: o teste do Qui-quadrado (χ^2), o rácio do Qui-Quadrado pelos graus de liberdade (χ^2/df), o *Comparative Fit Index* (CFI), o *Tucker-Lewis Index* (TLI), e a *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA). O modelo foi considerado adequado para os dados se χ^2 não é significativo ($p > .05$; Weston & Gore, 2006) ou se $\chi^2/df < 5$ (idealmente < 3) (Brown, 2005). Contudo, dado o carácter restritivo do Qui-Quadrado, será também considerado adequado um modelo que não cumpra estes requisitos, mas que cumpra os requisitos para todos os outros índices de ajuste (Kline, 2005). Os índices de ajuste CFI e TLI com valores próximos de 1 são indicativos de uma melhor adequação do modelo, com os valores mínimos a serem preferencialmente de .95 (Brown, 2005; Kline, 2005). Um $RMSEA \leq .08$ é considerado mais ajustado (idealmente $\leq .06$) (Weston & Gore, 2006). No que diz respeito ao nível de ajustamento local do modelo, os valores de saturação estandardizados (λ) devem ser significativos ($p < .05$) e, idealmente, iguais ou superiores a .50 (Brown, 2005; Hair, 2019). Para o estudo de validade da PIICS, foram ainda considerados aspetos de validade convergente e divergente que contribuem para a definição da sua validade de constructo. Para a validade convergente, foram calculados os coeficientes de correlação entre o valor total da PIICS e os seus três domínios. Para a validade divergente foi calculado o coeficiente de correlação entre o valor total da PIICS e o valor total da escala ERA-12.

Por último, foram calculados coeficientes de correlação entre os valores obtidos na escala PIICS e variáveis sociodemográficas e profissionais. Foi calculado o coeficiente de correlação de Pearson (r), quando pedida a correlação entre variáveis escalares (e.g., Total da Escala PIICS e a idade). O coeficiente de correlação de Spearman (r_s) foi calculado quando pedida a correlação entre variáveis escalares e variáveis ordinais com mais de 6 níveis (e.g., Total da Escala PIICS e a Escolaridade). Foi utilizada a versão apropriada do coeficiente de correlação de Pearson (r_{pb} – *point-biserial correlation*) para obter os valores de correlação entre variáveis nominais

dicotômicas e variáveis escalares. Para a análise da associação entre variáveis escalares e variáveis ordinais com menos de 6 níveis de resposta, foi usado o coeficiente de Kendall (Tb). Os coeficientes de correlação foram interpretados segundo Cohen (1989), que indica que entre os valores .10 e .29 a correlação é pequena, entre .30 e .49 a correlação é média e entre .50 e 1.0, a correlação é grande.

Resultados

Análise Psicométrica da Escala de Percepção de Idadismo Institucional em Contexto de Saúde (PIICS)

Fiabilidade: Consistência Interna da PIICS

Com o objetivo de avaliar a fiabilidade da escala PIICS, foi calculada a consistência interna através do *Alpha de Cronbach* (α). Para o total da escala, foi obtido um valor de .918, sendo indicativo de excelente consistência interna. Os valores de correlação item-total suportam também esse valor elevado de consistência interna com valores moderados a elevados (entre .365 e .729). Já os valores de correlação inter-item são todos valores adequados (entre .222 e .684), com a exceção para o item 3 que não se correlacionou nem com o item 1 ($r = .070, p > .05$) nem com o item 2 ($r = .113, p > .05$). Por sua vez, nenhum item, em caso de remoção, melhoraria a consistência interna da escala, à exceção dos itens 2 e 3, que quando retirados melhoram marginalmente o valor de *Alpha de Cronbach* (incremento de .001 e .002 respectivamente) (cf. Tabela 3).

Foi ainda calculada a consistência interna dos 3 domínios da escala PIICS definidos à priori com a estrutura interna sugerida nos estudos realizados anteriormente com o EVE-D, tendo sido obtidos os seguintes valores: o fator 1, “Discriminação Direta percebida” com um valor de $\alpha = .694$ e valores de correlação item-domínio entre .193 a .482; o fator 2, “Discriminação Indireta percebida”, com um valor de $\alpha = .871$ e valores de correlação item-domínio entre .421 e .697. Por sua vez, para o fator 3, “Comunicação Discriminatória percebida”, foi obtido um valor de $\alpha = .857$, com valores de correlação item-domínio entre .313 a .654. Todos estes valores de consistência interna foram considerados adequados.

Tabela 3.*Consistência Interna: Correlações Item-Total.*

	Média da escala se o item for excluído	Variância da escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Alpha de Cronbach se o item for excluído
PIICS1	32.14	104.985	.428	.918
PIICS2	32.12	104.568	.365	.919
PIICS3	32.49	103.147	.380	.920
PIICS4	32.31	102.693	.462	.917
PIICS5	32.22	103.068	.473	.917
PIICS6	32.95	96.033	.619	.914
PIICS7	32.35	97.902	.664	.912
PIICS8	32.43	98.828	.653	.913
PIICS9	32.64	98.058	.729	.911
PIICS10	32.34	100.307	.621	.914
PIICS11	32.60	99.207	.607	.914
PIICS12	33.05	98.887	.638	.913
PIICS13	32.90	96.443	.717	.911
PIICS14	32.42	99.338	.571	.915
PIICS15	32.71	97.369	.686	.912
PIICS16	32.65	99.135	.674	.912
PIICS17	32.66	97.563	.658	.912
PIICS18	32.98	95.720	.721	.911

Validade de Construto: estrutura interna da PIICS, validade convergente e validade divergente

Análise Fatorial Exploratória (AFE)

Na realização da AFE, foi utilizado o teste de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), com o objetivo de determinar se esta seria uma análise apropriada para os dados recolhidos no presente estudo. Foi obtido o valor de .911, o que indica que a matriz de dados é adequada. Foi também utilizado o teste de esfericidade de Bartlett, que se mostrou significativo ($\chi^2(153) = 1645.740, p < .001$), reforçando a adequação da análise fatorial exploratória à matriz de dados do presente estudo.

Procedeu-se à AFE, nomeadamente através do método de extração Principais Eixos Fatoriais, com rotação Oblíqua e normalização Kaiser. Através da matriz de dados rodados e da análise do *Scree Plot* (cf. Figura 1) foram identificados 3 fatores

principais com um Eigenvalue >1 , que juntos explicam 48% da variância total da escala. O primeiro fator explica 37%, o segundo fator explica 8% e o terceiro fator explica 3%. Os itens que saturaram em cada um dos fatores (valores acima de .4), são apresentadas na Tabela 4.

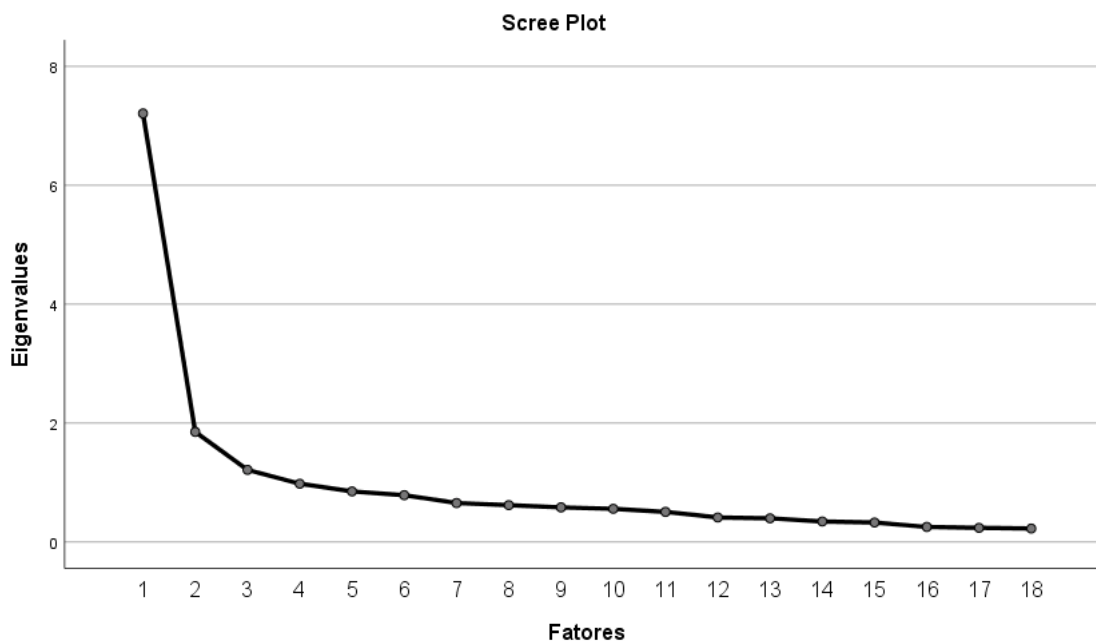


Figura 1. *Scree Plot* da Análise Fatorial Exploratória da escala PIICS.

A estrutura de 3 fatores encontrada corrobora estudos anteriores desenvolvidos com a EVE-D, a escala original que deu origem à PIICS. No entanto, a composição dos fatores (cf. Tabela 6) difere dos estudos anteriores, nomeadamente do estudo de Casado et al. (2016) e de Ferreira et al. (2022). No presente estudo, o primeiro fator inclui um total de 8 itens (itens 7, 8, 9, 10, 11, 12, 14 e 15). Por sua vez, o segundo fator inclui 7 itens (itens 3, 4, 6, 13, 16, 17 e 18). Por último, o terceiro fator inclui apenas 2 itens (itens 1 e 2). O item 5 não saturou o suficiente em nenhum dos fatores, contudo, considerando a sua formulação/validade de face, o mesmo foi incluído no terceiro fator. Esta estrutura interna foi então testada com o recurso a AFC.

Tabela 4.

*Estrutura Interna da escala PIICS de acordo com a Análise Fatorial Exploratória:
Matriz de dados, solução rodada.*

Itens	Fatores			
	I	II	III	
7. As pessoas idosas são discriminadas no acesso a unidades /serviços especiais de saúde de elevado custo.	.470	.118	.268	
8. As pessoas idosas são discriminadas no que concerne a indicações cirúrgicas.	.827	-.147	.147	
9. Discriminam-se as pessoas idosas na aplicação estrita dos protocolos clínicos estabelecidos.	.784	.034	.063	
10. Discriminam-se as pessoas idosas na realização de listas de espera cirúrgicas.	.892	-.109	-.028	
11. As pessoas idosas são discriminadas nos internamentos hospitalares realizados a partir das urgências.	.648	.121	-.013	
12. Limita-se a prescrição de fármacos a pessoas idosas em função do seu custo.	.506	.239	-.048	
14. As pessoas idosas são excluídas de campanhas preventivas (por exemplo: tabaco).	.571	.043	.028	
15. Adia-se a atenção e cuidados a pessoas idosas para se atenderem pacientes mais jovens.	.620	.234	-.119	
3. Ao conversar com pessoas idosas fala-se, frequentemente, como se fossem crianças pequenas (uso de diminutivos, tom de voz diferente).	-.053	.518	.023	
4. Quando a pessoa idosa se encontra acompanhada, os profissionais de saúde e os prestadores de cuidados costumam falar com o acompanhante, referindo-se ao idoso na terceira pessoa.	-.096	.479	.249	
6. A pessoa idosa em situação de dependência é frequentemente tratada como se fosse um objeto (e.g., quando se dá banho).	.045	.595	.185	
13. Fazem-se comentários desadequados quando se faz a higiene a pessoas idosas hospitalizadas.	.353	.547	-.084	
16. Quando se interage com pessoas idosas que dizem algo incoerente ou impreciso, é frequente serem retificadas com ênfase.	.182	.619	-.020	
17. É muito frequente tratarem-se as pessoas idosas com indiferença por não estarem a par dos avanços tecnológicos.	.254	.569	-.035	
18. Ao interagir com uma pessoa idosa que diz algo incoerente ou impreciso fazem-se gestos de desaprovação ou de gozo.	.054	.901	-.149	
1. Os procedimentos administrativos necessários para os idosos acederem aos diferentes serviços de saúde são, frequentemente, muito complicados.	.283	-.025	.443	
2. Cada vez mais se opta pelo funcionamento de serviços de saúde através da internet/on-line apesar desta via ser pouco acessível para as pessoas idosas.	.020	.121	.501	
5. A maioria dos centros e serviços destinados a idosos organizam o dia-a-dia dos idosos a quem prestam cuidados, sem lhes permitirem optar por diferentes possibilidades.	.007	.387	.268	
	Eigenvalue	7.208	1.852	1.213
	% de Variância Explicada	37.452	7.668	3.350

Análise Fatorial Confirmatória (AFC)

Partindo dos resultados obtidos na AFE e dos resultados obtidos com a Análise de Componentes Principais, em estudos anteriores, com o questionário que deu origem à escala, versão em espanhol (Casado et al., 2016) e versão em português europeu (Ferreira et al., 2022), foi testada a adequação de um modelo de três fatores relacionados para a PIICS. Os índices de ajuste para Modelo de 3 fatores relacionados são considerados muito bons ($CFI = 0.973$, $TLI = 0.968$, $GFI=0.975$, e $RMSEA = 0.06$ [90% $CI = 0.057 - 0.065$]), com exceção para o Qui-Quadrado que foi significativo [$\chi^2(132) = 795.43$, $p < .001$] e o Qui-Quadrado ajustado pelos graus de liberdade [$\chi^2/df = 6.03$], o que sugere ainda assim um bom ajuste entre a matriz de dados e o modelo proposto. Considerando o ajustamento local do modelo (cf. Tabela 5) todos os coeficientes de saturação no respetivo fator são estatisticamente significativos ($p < .001$) variando entre .35 (Item 2) até .81 (Item 7), o que é indicativo de um bom ajuste local do modelo. Como pode ser observado na Figura 2, os três fatores apresentam-se moderadamente correlacionados e revelaram, de um modo geral, coeficientes de saturação adequados. De acordo com as recomendações de vários autores (Brown, 2005; Kline, 2005; Weston & Gore, 2006), o modelo de 3 fatores relacionados foi considerado bem ajustado para a amostra de profissionais que responderam à PIICS.

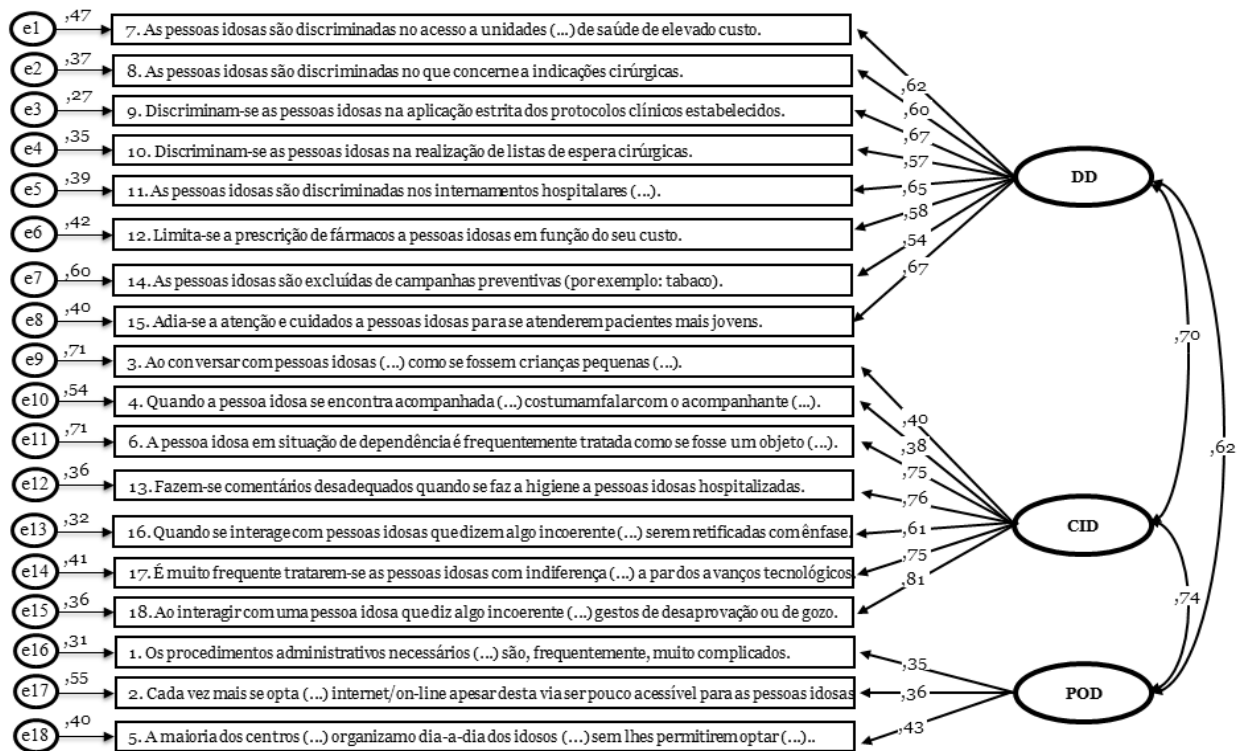


Figura 2. Modelo de 3 fatores proposto para a escala PIICS e testado com a Análise Fatorial Confirmatória. Nota: Fatores – DD = Discriminação Direta, CID = Comunicação e Interação Discriminatórias, POD = Procedimentos Administrativos e Organização Discriminatórios.

Tabela 5.

Ajustamento local do Modelo de 3 fatores proposto para a escala PIICS e testado com Análise Fatorial Confirmatória.

Fator	Item	Símbolo	Estimativa	Erro padrão	Valor Z	p	95% Intervalo de Confiança		Estimativa Padrão (Todos)
							Inferior	Superior	
DD	PIICS7	λ_{11}	.615	.012	49.460	< .001	.591	.639	.669
	PIICS8	λ_{12}	.598	.011	52.055	< .001	.576	.621	.701
	PIICS9	λ_{13}	.669	.012	57.507	< .001	.646	.691	.790
	PIICS10	λ_{14}	.574	.011	51.084	< .001	.552	.596	.697
	PIICS11	λ_{15}	.646	.012	54.093	< .001	.622	.669	.717
	PIICS12	λ_{16}	.582	.011	52.041	< .001	.560	.604	.667
	PIICS14	λ_{17}	.535	.012	43.975	< .001	.511	.559	.570
	PIICS15	λ_{18}	.671	.012	54.840	< .001	.647	.695	.729
CID	PIICS3	λ_{21}	.403	.011	35.542	< .001	.381	.425	.432
	PIICS4	λ_{22}	.375	.011	33.996	< .001	.354	.397	.456
	PIICS6	λ_{23}	.752	.014	54.700	< .001	.725	.779	.667
	PIICS13	λ_{24}	.761	.013	59.857	< .001	.736	.786	.786
	PIICS16	λ_{25}	.609	.011	53.812	< .001	.587	.631	.734
	PIICS17	λ_{26}	.752	.013	57.401	< .001	.726	.778	.760
	PIICS18	λ_{27}	.807	.013	62.558	< .001	.782	.832	.803
POD	PIICS1	λ_{31}	.351	.014	24.760	< .001	.323	.379	.536
	PIICS2	λ_{32}	.355	.016	22.741	< .001	.325	.386	.431
	PIICS5	λ_{33}	.426	.017	25.174	< .001	.393	.460	.559

Foi calculado o valor de *Alpha de Cronbach* para definir os níveis de consistência interna dos 3 novos fatores da escala, agora compostos por 8, 7 e 3 itens respectivamente, tendo sido obtidos os seguintes valores: o domínio “*Discriminação Direta*” com um valor de $\alpha = .895$ e valores de correlação item-domínio entre .585 a .764; o domínio “*Comunicação e Interação Discriminatória*” com um valor de $\alpha = .849$ e valores de correlação item-domínio entre .460 e .782. Por sua vez, para o domínio “*Procedimentos Administrativos e Organização Discriminatórios*” foi obtido um valor de $\alpha = .519$, com valores de correlação item-domínio entre .237 a .420. Assim, apenas os dois primeiros domínios da escala PIICS apresentam uma adequada consistência interna.

Validade Convergente

Para avaliar a validade convergente foi realizada a correlação entre a escala total PIICS e os 3 domínios da escala. Foram obtidos valores de correlação grande, nomeadamente, para o domínio 1, “Discriminação Direta” ($r = .912, p < .001$), para o domínio 2, “Comunicação e Interação Discriminatórias” ($r = .901, p < .001$) e para o domínio 3, “Procedimentos Administrativos e Organização Discriminatórios” ($r = .653, p < .001$), o que reforça a validade da escala PIICS, uma vez que tanto a escala PIICS como os vários domínios, aparentam medir um mesmo construto.

Validade Divergente

Para avaliar a validade divergente, foi utilizada a escala ERA-12, que pretende avaliar as expectativas dos indivíduos sobre o envelhecimento (Sarkisian et al., 2005). Tanto a escala PIICS como a escala ERA-12 foram aplicadas no mesmo protocolo de avaliação, no mesmo período temporal e à mesma população-alvo. Quando correlacionadas, foi obtido um valor de $r = .042$ ($p = .515$), o que indica ausência de correlação entre as escalas. Ou seja, a escala aparenta medir o construto para o qual foi desenvolvida, nomeadamente o idadismo, não se sobrepondo a outros construtos como as expectativas sobre envelhecimento, apesar de ambos os construtos estarem relacionados com a temática do envelhecimento.

Análise descritiva do nível de idadismo institucional percebido

Foi realizada a análise descritiva dos itens da escala em cada um dos 3 domínios (cf. Tabela 6, Tabela 7, e Tabela 8), nomeadamente, através da análise das frequências e percentagens das respostas obtidas em cada item, de acordo com a escala de resposta disponibilizada (i.e., Nunca, Poucas vezes, Algumas vezes, Muitas vezes e Não Aplicável). A média obtida para a escala PIICS na sua totalidade foi de 32.45 ($DP = 10.54$) para um máximo possível de 54 pontos. Por sua vez, a média do fator “Discriminação Direta” foi de 15.08 ($DP = 5.52$) em 24 pontos possíveis, a do fator “Comunicação e Interação Discriminatórias” foi de 12.37 ($DP = 4.89$) em 21 pontos possíveis e a do fator “Procedimentos Administrativos e Organização Discriminatórios” foi de 6.95 ($DP = 1.61$) em 9 pontos possíveis. Os itens com níveis de idadismo mais

elevados foram: Item 1) “Os procedimentos administrativos necessários para os idosos acederem aos diferentes serviços de saúde, são, frequentemente, muito complicados.” (M= 2.28; DP= .70) e Item 2) “Cada vez mais se opta pelo funcionamento de serviços de saúde através da internet/on-line apesar desta via ser pouco acessível para as pessoas idosas.” (M= 2.25; DP= .91) (cf. Tabela 8); Item 3) “Ao conversar com pessoas idosas fala-se, frequentemente, como se fossem crianças pequenas (uso de diminutivos, tom de voz diferente).” (M= 1.98; DP= .94) e Item 4) “Quando a pessoa idosa se encontra acompanhada, os profissionais de saúde e os prestadores de cuidados costumam falar com o acompanhante, referindo-se ao idoso na terceira pessoa.” (M= 2.16; DP= .82) (cf. Tabela 7); e Item 5) “A maioria dos centros e serviços destinados a idosos organizam o dia a dia a quem prestam cuidados, sem lhes permitirem optar por diferentes possibilidades.” (M=2.21; DP= .85) (cf. Tabela 8).

Os itens com níveis de idadismo mais baixo foram: Item 6) “A pessoa idosa em situação de dependência é frequentemente tratada como se fosse um objeto (e.g., quando se dá banho).” (M= 1.45; DP= 1.15) (cf. Tabela 7); Item 9) “Discriminam-se as pessoas idosas na aplicação estrita dos protocolos clínicos estabelecidos.” (M= 1.64; DP= 1.01) e Item 12) “Limita-se a prescrição de fármacos a pessoas idosas em função do seu custo.” (M= 1.26; DP= .94) (cf. Tabela 6); Item 13) “Fazem-se comentários desadequados quando se faz a higiene a pessoas idosas hospitalizadas.” (M= 1.40; DP= 1.06); e Item 18) “Ao interagir com uma pessoa idosa que diz algo incoerente ou impreciso fazem-se gestos de desaprovação ou de gozo.” (M= 1.42; DP= 1.01) (cf. Tabela 7).

Tendo em conta que no presente estudo foi considerada a opção de resposta “Não Aplicável”, para a escala PIICS, considera-se importante salientar os itens em que esta opção foi selecionada em maior número, nomeadamente: Item 9) “Discriminam-se as pessoas idosas na aplicação estrita dos protocolos clínicos estabelecidos.”; Item 10) “Discriminam-se as pessoas idosas na realização de listas de espera cirúrgicas.”; Item 13) “Fazem-se comentários desadequados quando se faz a higiene a pessoas idosas hospitalizadas.”. Os itens em que a opção foi selecionada em menor número foram o Item 3) “Ao conversar com pessoas idosas fala-se, frequentemente, como se fossem crianças pequenas (uso de diminutivos, tom de voz diferente).”; Item 4) “Quando a pessoa idosa se encontra acompanhada, os profissionais de saúde e os prestadores de cuidados costumam falar com o acompanhante, referindo-se ao idoso na terceira pessoa.”; Item 17) “É muito frequente tratarem-se as pessoas idosas com indiferença por não estarem a par dos avanços tecnológicos.”. Reforça-se o facto de os itens em que os profissionais selecionaram maioritariamente a opção Não Aplicável, se encontram maioritariamente no domínio 1 “Discriminação Direta” e referem-se a um

contexto hospitalar, que não é o contexto profissional de atuação de vários dos profissionais que participaram neste estudo. Foi possível observar um maior recurso a esta opção por Animadores Socioculturais, Auxiliares de Ação Direta e Assistentes Sociais. Os profissionais recorreram menos a esta opção no domínio 2 “Comunicação e Interação Discriminatórias”. Os profissionais que recorreram ainda assim à opção “Não Aplicável” neste domínio foram os Médicos e os Psicólogos.

Tabela 6.

Análise descritiva dos itens: Frequências e Percentagens por Item (Fator 1: Discriminação Direta)

Nº do item	Respostas	Frequências	Percentagens (%)
7. As pessoas idosas são discriminadas no acesso a unidades /serviços especiais de saúde de elevado custo.	Nunca	19	7.9%
	Poucas vezes	23	9.6%
	Algumas vezes	84	35.0%
	Muitas vezes	94	39.2%
	Não Aplicável	20	8.3%
8. As pessoas idosas são discriminadas no que concerne a indicações cirúrgicas.	Nunca	15	6.3%
	Poucas vezes	34	14.2%
	Algumas vezes	103	42.9%
	Muitas vezes	70	29.2%
	Não Aplicável	18	7.5%
9. Discriminam-se as pessoas idosas na aplicação estrita dos protocolos clínicos estabelecidos.	Nunca	19	7.9%
	Poucas vezes	41	17.1%
	Algumas vezes	106	44.2%
	Muitas vezes	47	19.6%
	Não Aplicável	27	11.3%
10. Discriminam-se as pessoas idosas na realização de listas de espera cirúrgicas.	Nunca	16	6.7%
	Poucas vezes	18	7.5%
	Algumas vezes	107	44.6%
	Muitas vezes	71	29.6%
	Não Aplicável	28	11.7%
11. As pessoas idosas são discriminadas nos internamentos hospitalares realizados a partir das urgências.	Nunca	21	8.8%
	Poucas vezes	48	20.0%
	Algumas vezes	93	38.8%
	Muitas vezes	57	23.8%
	Não Aplicável	21	8.8%

Nº do item (continuação)	Respostas	Frequências	Percentagens (%)
12. Limita-se a prescrição de fármacos a pessoas idosas em função do seu custo.	Nunca	38	15.8%
	Poucas vezes	77	32.1%
	Algumas vezes	81	33.8%
	Muitas vezes	21	8.8%
	Não Aplicável	23	9.6%
14. As pessoas idosas são excluídas de campanhas preventivas (por exemplo: tabaco).	Nunca	21	8.8%
	Poucas vezes	28	11.7%
	Algumas vezes	84	35.0%
	Muitas vezes	88	36.7%
	Não Aplicável	19	7.9%
15. Adia-se a atenção e cuidados a pessoa idosas para se atenderem pacientes mais jovens.	Nunca	31	12.9%
	Poucas vezes	46	19.2%
	Algumas vezes	101	42.1%
	Muitas vezes	42	17.5%
	Não Aplicável	20	8.3%

Tabela 7.

Análise descritiva dos itens: Frequências e Percentagens por Item (Fator 2: “Comunicação e Interação Discriminatórias”)

Nº do item	Respostas	Frequências	Percentagens (%)
3. Ao conversar com pessoas idosas fala-se, frequentemente, como se fossem crianças pequenas (uso de diminutivos, tom de voz diferente).	Nunca	24	10.0%
	Poucas vezes	35	14.6%
	Algumas vezes	103	42.9%
	Muitas vezes	78	32.5%
	Não Aplicável	0	0%
4. Quando a pessoa idosa se encontra acompanhada, os profissionais de saúde e os prestadores de cuidados costumam falar com o acompanhante, referindo-se ao idoso na terceira pessoa.	Nunca	15	6.3%
	Poucas vezes	20	8.3%
	Algumas vezes	117	48.8%
	Muitas vezes	88	36.7%
	Não Aplicável	0	0%

Nº do item (continuação)	Respostas	Frequências	Percentagens (%)
6. A pessoa idosa em situação de dependência é frequentemente tratada como se fosse um objeto (e.g., quando se dá banho).	Nunca	66	27.5%
	Poucas vezes	37	15.4%
	Algumas vezes	74	30.8%
	Muitas vezes	54	22.5%
	Não Aplicável	9	3.8%
13. Fazem-se comentários desadequados quando se faz a higiene a pessoas idosas hospitalizadas	Nunca	43	17.9%
	Poucas vezes	42	17.5%
	Algumas vezes	93	38.8%
	Muitas vezes	36	15.0%
	Não Aplicável	26	10.8%
16. Quando se interage com pessoas idosas que dizem algo incoerente ou impreciso, é frequente serem retificadas com ênfase.	Nunca	17	7.1%
	Poucas vezes	58	24.2%
	Algumas vezes	116	48.3%
	Muitas vezes	46	19.2%
	Não Aplicável	3	1.3%
17. É muito frequente tratarem-se as pessoas idosas com indiferença por não estarem a par dos avanços tecnológicos.	Nunca	36	15.0%
	Poucas vezes	42	17.5%
	Algumas vezes	99	41.3%
	Muitas vezes	61	25.4%
	Não Aplicável	2	.8%
18. Ao interagir com uma pessoa idosa que diz algo incoerente ou impreciso fazem-se gestos de desaprovação ou de gozo.	Nunca	55	22.9%
	Poucas vezes	62	25.8%
	Algumas vezes	85	35.4%
	Muitas vezes	36	15.0%
	Não Aplicável	2	.8%

Tabela 8.

Análise descritiva dos itens: Frequências e Percentagens por Item (Fator 3: “Procedimentos Administrativos e Organização Discriminatórios”)

Nº do item	Respostas	Frequências	Percentagens (%)
1. Os procedimentos administrativos necessários para os idosos acederem aos diferentes serviços de saúde são, frequentemente, muito complicados.	Nunca	4	1.7%
	Poucas vezes	14	5.8%
	Algumas vezes	124	51.7%
	Muitas vezes	95	39.6%
	Não Aplicável	3	1.3%
2. Cada vez mais se opta pelo funcionamento de serviços de saúde através da internet/on-line apesar desta via ser pouco acessível para as pessoas idosas.	Nunca	7	2.9%
	Poucas vezes	34	14.2%
	Algumas vezes	71	29.6%
	Muitas vezes	121	50.4%
	Não Aplicável	7	2.9%
5. A maioria dos centros e serviços destinados a idosos organizam o dia-a-dia dos idosos a quem prestam cuidados, sem lhes permitirem optar por diferentes possibilidades.	Nunca	7	2.9%
	Poucas vezes	24	10.0%
	Algumas vezes	99	41.3%
	Muitas vezes	103	42.9%
	Não Aplicável	7	2.9%

Correlações entre os resultados na PIICS, variáveis sociodemográficas e outras variáveis relacionadas com o envelhecimento

Para averiguar de que forma algumas das características sociodemográficas dos participantes se relacionam com os níveis de idade institucional, procedeu-se à realização de correlações entre variáveis como a escolaridade, a profissão e a existência de formação específica em envelhecimento. Também foram analisadas correlações entre as respostas da escala PIICS e questões sobre envelhecimento, nomeadamente, sobre se consideravam necessário planear e preparar o envelhecimento.

Para a escolaridade, foram obtidos coeficientes de correlação positivos e

significativos para a escala total da PIICS ($r_s = .256, p < .001$), para o domínio 2 ($r_s = .330, p = <.001$) e para o domínio 3 ($r_s = .167, p = <.010$). Foram obtidos valores significativos, com correlação pequena, para o planejar do envelhecimento, quando correlacionado com a escala total ($T_b = .187, p = .014$) e com o domínio 2 ($T_b = .173, p = .007$). Para a formação específica sobre envelhecimento, foram obtidos coeficientes de correlação negativos e significativos tanto para a escala total ($r_{pb} = -.191, p = .012$), como para o domínio 1 ($r_{pb} = -.187, p = .004$) e para o domínio 2 ($r_{pb} = -.160, p = .013$). Foram ainda calculados coeficientes de correlação para a variável profissão, sendo obtido valores significativos para a escala total ($T_b = .162, p = .033$) e para o domínio 2 ($T_b = .226, p = <.001$).

Discussão

Os resultados do presente estudo, permitem afirmar que a escala de Percepção de Idadismo Institucional em Contextos de Saúde (PIICS) apresenta boas características psicométricas para avaliação do idadismo institucional, em profissionais que trabalhem na prestação de cuidados a adultos idosos. Este estudo, desenvolvido na continuidade do estudo de adaptação e validação para médicos Portugueses da PIICS de Ferreira et al. (2022), permitiu um desenvolvimento da mesma, melhorando a escala e as suas características psicométricas, inclui também a possibilidade de se aplicar a profissionais de diferentes áreas que trabalhem com adultos idosos e, ainda, a possibilidade de, além de identificar a percepção de existência de idadismo institucional, medir a sua intensidade, uma vez que passa a ser avaliada através de uma escala de Likert. Inclui também a opção de resposta “Não Aplicável”, que se assume como uma mais-valia, tendo em conta que a PIICS pode ser aplicada a profissionais de áreas distintas, na prestação de cuidados a adultos idosos, e os profissionais podem não ter recursos para responder às questões que se refiram a situações idadistas fora da sua área de atuação.

Os resultados da AFE e da AFC permitiram identificar a existência de 3 fatores, indo ao encontro da estrutura interna sugerida nos estudos realizados anteriormente com o EVE-D (Casado et al., 2016), que deu origem à escala PIICS (Ferreira et al., 2022). No entanto, a distribuição dos itens pelos fatores apresenta algumas diferenças, assim como a natureza das dimensões de idadismo institucional avaliadas, apresentando-se da seguinte forma: Domínio 1) “Discriminação Direta” (8 itens), Domínio 2) “Comunicação e Interação Discriminatórias” (7 itens) e Domínio 3)

“Procedimentos Administrativos e Organização Discriminatórias” (3 itens). De referir que apenas o domínio 1 e o domínio 2 aparentam ser dimensões avaliadas de forma consistente na PIICS, podendo inclusivamente avaliar-se estes domínios de forma independente da escala.

Salienta-se o facto deste estudo ter sido aplicado a profissionais de diferentes áreas, na prestação de cuidados a adultos idosos, pelo que as suas tarefas e responsabilidades também são diferentes. Os domínios 1 e 2 transparecem isso mesmo, uma vez que é espectável que os profissionais que contactam diretamente e durante um período de tempo mais alargado com os adultos idosos (Auxiliares de Ação Direta, Animadores Socioculturais, entre outros), percecionem níveis de idadismo na comunicação e na interação e que não tenham uma perceção tão ajustada ao nível dos procedimentos clínicos (domínio 1), uma vez que não contactam, na maior parte das vezes, com esta realidade. O recurso à opção “Não Aplicável” por estes profissionais, no domínio 1) “Discriminação Direta”, reflete precisamente isso. Podemos constatar o mesmo para profissionais que contactam mais com adultos idosos em contexto médico/clínico, como Psicólogos e Médicos, quanto ao domínio 2) “Comunicação e Interação Discriminatórias”, evidenciado pela utilização da opção “Não Aplicável” por estes profissionais. No entanto, considera-se importante salientar que não houve consenso quanto à utilização da opção “Não Aplicável”, uma vez que profissionais da mesma área consideraram ter recursos para responder a questões, enquanto outros consideraram que a opção “Não Aplicável” seria a mais correta, o que pode dever-se a questões mais relacionadas com a instituição onde trabalham, com a heterogeneidade de funções e práticas assumidas por profissionais de diferentes áreas ou com a sua experiência de trabalho.

No presente estudo, todos os profissionais contactavam diretamente com adultos idosos no exercício da sua profissão, sendo que pelo menos metade tinha contacto com familiares próximos idosos com dependência e parte destes são mesmo cuidadores informais. A média obtida para a escala PIICS na sua totalidade foi de 32.45 ($DP= 10.54$), para um total de 54 (pontuação máxima da escala PIICS). O contacto com adultos idosos parece contribuir para uma diminuição das atitudes idadistas por parte dos profissionais que trabalham na prestação de cuidados a adultos idosos (Baser & Cingil, 2018; Sonmez et al., 2022), no entanto, mais do que a quantidade, este contacto tem de ser de qualidade e com adultos idosos que transmitam uma imagem positiva do seu envelhecimento (Marques et al., 2020). Será importante, em futuros estudos, replicar esta investigação com profissionais que não trabalhem com adultos idosos, de forma a averiguar se existem diferenças em relação à perceção de idadismo em contextos de saúde. Ugurlu et al. (2019) constataram que os profissionais que

trabalhavam em contextos de saúde como serviços de urgência, aparentavam ter uma atitude mais discriminatória para com os adultos idosos, do que os profissionais que trabalhavam em contextos de saúde mais prolongados, como ERPI's. Os autores apontavam como causa o facto de a relação criada entre os profissionais destas instituições ser mais profunda e duradoura, conhecendo melhor os adultos idosos a quem prestam cuidados de saúde, assim como as suas necessidades.

Os resultados do presente estudo, de validação da escala PIICS, alertam, assim, para a necessidade de reduzir e eliminar práticas idadistas, no contexto de saúde, sendo a avaliação do idadismo a primeira etapa para o desenvolvimento destas intervenções. A educação/formação sobre o processo de envelhecimento e as experiências interpessoais positivas com adultos idosos (Lytle & Levy, 2019) são as estratégias que se destacam para uma visão do envelhecimento mais realista e para melhorar as atitudes para com os adultos idosos, no contexto de prestação de cuidados (Wisdom et al., 2014; Kane, 2006). No presente estudo, tanto a variável escolaridade como a variável formação específica em envelhecimento, correlacionaram-se com a escala PIICS e alguns dos seus domínios. A formação dos profissionais que trabalham na prestação de cuidados a adultos idosos deve ter em conta que o processo de envelhecimento é diferente de indivíduo para indivíduo e que existem diferenças entre um envelhecimento normativo e um envelhecimento patológico (Salthouse, 2019). É importante ter este facto em conta, para que não sejam feitas generalizações incorretas sobre os adultos idosos. O investimento na formação no âmbito do envelhecimento e a valorização da relação e interações de qualidade e prolongadas apresentam-se como um potencial vetor para a redução e eliminação de práticas idadistas no contexto de saúde em Portugal. O trabalho com idosos em Portugal, nomeadamente em contexto de ERPI's, é um sector pouco valorizado em termos sociais, de carreira e económicos (Afonso et al. 2022) e a valorização e formação destes profissionais é um elemento central para a redução das práticas idadistas institucionais.

Diferentes estudos alertam para a existência de idadismo em estudantes de áreas cruciais na prestação de cuidados a adultos idosos, como a enfermagem (e.g. Dobrowolska et al., 2019; Gherman et al., 2022) e a medicina (e.g. Sonmez et al., 2022). Estes estudos concluem que a maioria dos estudantes não tenciona trabalhar em áreas em que os adultos idosos são a principal população-alvo, devido a características desta população, como por exemplo, dificuldades de comunicação e elevadas comorbilidades (Sonmez et al., 2022), cuja generalização se torna discriminação e preconceito, ou seja, idadismo (Dobrowolska et al., 2019). A inclusão de formação sobre envelhecimento e o planeamento de experiências e interação com pessoas de diferentes idades para combater o idadismo, ao longo dos anos académicos destes profissionais, torna-se

crucial para desconstruir visões estereotipadas e aumentar o número de profissionais a querer trabalhar com esta população, que tem aumentado nos últimos anos e apresenta uma tendência de aumento ao longo das gerações.

Ao nível da intervenção, por vezes os profissionais explicam algumas decisões na prestação de cuidados a adultos idosos com a falta de recursos, tempo e profissionais de saúde, no entanto, apesar de ser compreensível este tipo de explicação com base nas dificuldades na capacidade de resposta, este argumento não é admissível para explicar idadismo em contextos de saúde que compromete os direitos das pessoas idosas (Forss, 2020). De facto, o idadismo pode não ser intencional, contudo, não deixa de ser discriminação e de poder ter um impacto negativo nos adultos idosos (Fariña-López et al., 2018).

O idadismo institucional tem também sido evidente na falta de diagnósticos e, também, na precisão dos diagnósticos médicos em adultos idosos, na objetificação desta população e na tentativa de prescrever tratamentos com menos custos para o serviço de saúde (Band-Winterstein, 2015). Melhorar as condições de trabalho destes profissionais, com o objetivo de aumentar a qualidade dos serviços prestados e aumentar a satisfação com o trabalho por parte dos profissionais desta área, tem de ser uma prioridade (Pekince et al., 2017).

Especificamente para os profissionais que interagem com os adultos idosos na prestação de cuidados, é necessário promover a reflexividade crítica, criando espaços para tal, após a identificação dos estereótipos e das práticas discriminatórias perpetuadas nos serviços (Flores-Sandoval & Kinsella, 2020). Quanto às experiências interpessoais positivas com adultos idosos, um estudo de Ribeiro et al. (2020) constatou que um contacto de qualidade com os avós transmitia um sentimento de competência e admiração para com os adultos idosos, havendo depois uma tendência para a generalização desta visão para os restantes adultos idosos. Consequentemente, a visão sobre o envelhecimento seria mais positiva, o que diminui as práticas idadistas. Este estudo reforça a importância do contacto intergeracional prolongado e de qualidade. Questões incluídas neste estudo, como a regularidade com que se pensa no envelhecimento e a necessidade de planear o envelhecimento, devem também ser aplicadas a indivíduos que não trabalhem especificamente na prestação de cuidados a adultos idosos, averiguando uma eventual relação entre o contacto regular com esta população, a maioria com dificuldades de saúde, e uma visão mais negativa do envelhecimento e maiores níveis de idadismo. Ou se, pelo contrário, este contacto permite uma visão mais empática e menos discriminatória para com esta população.

O contacto intergeracional e a educação sobre o processo de envelhecimento apresentam-se assim como fatores protetores, e futuras intervenções devem ter em

conta estes pontos na elaboração das suas atividades (WHO, 2021). Estudos já têm sido desenvolvidos com a implementação deste tipo de ações em conjunto (Burnes et al., 2019). No presente estudo focamo-nos nos profissionais que contactam diretamente com os adultos idosos, no entanto, tanto a educação como a interação com adultos idosos podem ser promovidas junto de toda a sociedade, que aparenta ainda desconhecer o envelhecimento e encará-lo maioritariamente como um processo homogéneo de declínio. A pandemia COVID-19 teve implicações na imagem dos adultos idosos e reduziu a proximidade física, social e psicológica com adultos idosos, nomeadamente em relação aos que apresentam maior fragilidade e que requerem mais serviços de apoio e/ou residem em estruturas que prestam cuidados. Assim, a identificação e eliminação de práticas idadistas no contexto atual em Portugal é essencial para o desenvolvimento humano, garantia dos direitos das pessoas independentemente da sua idade e a equidade no contexto de saúde, essencial para a dignidade humana

Conclusão

Os resultados obtidos no presente estudo, demonstram que a escala PIICS possui boas características psicométricas, reforçando a sua relevância para a avaliação do idadismo institucional (nível macro do idadismo). A escala tem como principal contributo possibilitar a identificação de práticas e atitudes idadistas, num determinado contexto de saúde. Evidenciar atitudes idadistas, identificando-as como tal, irá sempre auxiliar a combater este tipo de discriminação (Forss, 2020). É crucial que os profissionais que trabalham com adultos idosos estejam cientes das suas próprias ideias e práticas promotoras de idadismo, assim como da instituição onde trabalham (Ayalon & Tesch-Romer, 2017), de forma a prestarem os melhores cuidados possíveis. No contexto de saúde, o envelhecimento da população irá fazer com que, inevitavelmente, os profissionais desta área contactem mais com adultos idosos doentes (Ugurlu et al., 2019), o que pode conduzir a uma perceção mais negativa sobre o envelhecimento, devido ao aumento da carga de trabalho (Bilim & Kutlu, 2020), o que reforça a necessidade de estudos e de medidas para avaliar e monitorizar esta evolução.

Referências

- Afonso, R. M., Barbosa, M. M., Paúl, C., & Sousa, L. (2022). Face-to-face with the pandemic: Experiences of staff in portuguese residential care facilities. *Journal of Gerontological Social Work*. <https://doi.org/10.1080/01634372.2022.2043505>
- Amalberti, R., Vincent, C., Nicklin, W., & Braithwaite, J. (2019). Coping with more people with more illness. Part 1: the nature of the challenge and the implications for safety and quality. *International Journal for Quality in Health Care*, *31*(2), 154-158. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzy235>
- Andrews, R., Tan, E., Varma, V., Rebok, G., Romani, W., Seeman, T., . . . Carlson, M. (2017). Positive aging expectations are associated with physical activity among urban-dwelling older adults. *The Gerontologist*, *57*(2), 178-186. <https://doi.org/10.1093/geront/gnx060>
- Ayalon, L. (2015). Perceptions of old age and aging in the continuing care retirement retirement community. *International Psychogeriatrics*, *27*(4), 611-620. <https://doi.org/10.1017/S1041610214002415>
- Ayalon, L., Dolberg, P., Mikulionienė, S., Perek-Bialas, J., Rapolienė, G., Stypinska, J., . . . Fuente-Núñez, V. (2019). A systematic review of existing ageism scales. *Ageing Research Reviews*, *54*. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2019.100919>
- Ayalon, L., & Tesch-Romer, C. (2017). Taking a closer look at ageism: self- and other-directed ageist attitudes and discrimination. *European Journal of Ageing*, *14*, 1-4. <https://doi.org/10.1007/s10433-016-0409-9>
- Band-Winterstein, T. (2015). Health care provision for older persons: The interplay between ageism and elder neglect. *Journal of Applied Gerontology*, *34*(3), 113-127. <https://doi.org/10.1177/0733464812475308>
- Banerjee, D., Rabheru, K., Lima, C., & Ivbijaro, G. (2021). Role of dignity in mental healthcare: Impact on ageism and human rights of older persons. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, *29*(10), 1000-1008. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2021.05.011>

- Baser, G., & Cingil, D. (2018). Attitudes towards the older persons and ageism attitudes of healthcare assistants working in nursing homes. *Turkish Journal of Geriatrics*, 21(3), 446-455. <https://doi.org/10.31086/tjgeri.2018344060>
- Bezerra, C., Saintrain , M., Nobre, M., Sandrin, R., Galera, S., & Bruno, Z. (2020). Major depression and associated factors in institutionalized older adults. *Psychology, Health & Medicine*, 25(8), 909 - 916. <https://doi.org/10.1080/13548506.2019.1710543>
- Bilim, I., & Kutlu, Y. (2021). The psychometric properties, confirmatory factor analysis, and cut-off value for the Fraboni scale of ageism (FSA) in a sampling of healthcare workers. *Perspectives in Psychiatric Care*, 57, 9-19. <https://doi.org/10.1111/ppc.1252>
- Biskup, E., Vetter, M., & Wedding, U. (2020). Fighting diagnostic and therapeutic nihilism in the elderly with cancer. *Annals of Palliative Medicine*, 9(3), 1324-1332. <https://doi.org/10.21037/apm.2019.08.03>
- Bodner, E., Palgi, Y., Wyman, M. (2018). Ageism in mental health assessment and treatment of older adults. Em L. Ayalon & C. Tesch-Romer (Eds.), *Contemporary Perspectives on Ageism* (pp. 241-262). Springer Open. https://doi.org/10.1007/978-3-319-73820-8_13
- Borglin, G., Rathel, K., Paulsson, H., & Forss, K. (2019). Registered nurses experiences of managing depressive symptoms at care centres for older people: a qualitative descriptive study. *BMC Nursing*, 18(43). <https://doi.org/10.1186/s12912-018-0280-8>
- Braithwaite, J., Vincent, C., Nicklin, W., & Amalberti, R (2019). Coping with more people with more illness. Part 2: new generation of standards for enabling healthcare system transformation and sustainability. *International Journal for Quality in Health Care*, 31(2), 159-163. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzy236>
- Breda, A., & Watts, A. (2017). Expectations regarding aging, physical activity, and physical function in older adults. *Gerontology & Geriatric Medicine*, 3. <https://doi.org/10.1177/2333721417702350>
- Brink-Muinen, A., Dulmen, S., Haes, H., Visser, A., Schellevis , F., & Bensing, J. (2006). Has patients' involvement in the decision-making process changed over time?

Health Expectations, 9, 333-342. <https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2006.00413.x>

Brown, T. A. (2005). *Confirmatory factor analysis for applied research (2nd ed)*. The Guilford Press.

Brydon, A., Bhar, S., Doyle, C., Batchelor, F., Lovelock, H., Almond, H., . . . Wuthrich, V. (2022). National survey on the impact of COVID-19 on the mental health of Australian residential aged care residents and staff. *Clinical Gerontologist*, 45(1), 58 - 70. <https://doi.org/10.1080/07317115.2021.1985671>

Burnes, D., Sheppard, C., Henderson, C., Wassel, M., Cope, R., Barber, C., & Pillemer, K. (2019). Interventions to reduce ageism against older adults: A systematic review and meta-analysis. *American Journal of Public Health*, 109(8), 1-9. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2019.305123>

Butler, R. (1975). *Why survive? Being old in America*. Harper and Row.

Butler, R. (1980). Ageism: A foreword. *Journal of Social Issues*, 36(2), 8-11. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1980.tb02018.x>

Butterworth, J., Hays, R., McDonagh, S., Bower, P., Pitchforth, E., Richards, S., & Campbell, J. (2020). Involving older people with multimorbidity in decision-making about their primary healthcare: A Cochrane systematic review of interventions. *Patient Education and Counseling* (103), 2078-2094. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.04.008>

Casado, J., Bustillos, A., Vaquero, A., Casal, C., & Fernández-Ballesteros, R. (2016). Se discrimina a los mayores en función de su edad? Visión del profesional. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 51(5), 270-275. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2016.03.005>

Challe, L. (2017). Ageism and the business cycle: An exploratory approach. *The European Journal of Comparative Economics*, 14(2), 221-264. <https://doi.org/10.25428/1824-2979/201702-221-264>

Chang, E.-S., Kanno, S., Levy, S., Wang, S.-Y., Lee, J., & Becca, L. (2020). Global reach of ageism on older persons' health: A systematic review. *PLoS ONE*, 15(1). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220857>

- Chee, S. Y. (2020). COVID-19 pandemic: The lived experiences of older adults in aged care homes. *Millennial Asia*, 11(3), 299-317. <https://doi.org/10.1177/0976399620958326>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd edition)*. Lawrence Erlbaum Associates.
- Dobrowolska, B., Jedrzejkiwicz, B., Pilewska-Kozak, A., Zarzycka, D., Slusarska, B., Deluga, A., & Kosciółek, A. (2019). Age discrimination in healthcare institutions perceived by seniors and students. *Nursing Ethics*, 26(2), 443-459. <https://doi.org/10.1177/0969733017718392>
- Donizzetti, A. R. (2019). Ageism in an aging society: The role of knowledge, anxiety about aging, and stereotypes in young people and adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16, 1-11. <https://doi.org/10.3390/ijerph16081329>
- Ehni, H.-J., & Wahl, H.-W. (2020). Six propositions against ageism in the COVID-19 pandemic. *Journal of Aging & Social Policy*, 32(4-5), 515-525. <https://doi.org/10.1080/08959420.2020.1770032>
- Fariña-López, E., Estévez-Guerra, G., Polo-Luque, M., Pogrányivá, A., & Penelo, E. (2018). Physical restraint use with elderly patients: Perceptions of nurses and nursing assistants in spanish acute care hospitals. *Nursing Research*, 67(1), 55-59. <https://doi.org/10.1097/NNR.0000000000000252>
- Fernández-Ballesteros, R., Sánchez-Izquierdo, M., Olmos, R., Huici, C., Casado, J., & Jentoft, A. (2019). Paternalism vs. Autonomy: Are they alternative types of formal care? *Frontiers in Psychology*, 10(1460). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01460>
- Ferreira, S., Pires, L., Castelo-Branco, M., & Afonso, R. (2022). Initial validation of the Portuguese version of the EVE discrimination questionnaire (EVE-D): the level of perceived ageism by physicians in the Portuguese healthcare system. *Educational Gerontology*. <https://doi.org/10.1080/03601277.2022.2052406>
- Flores-Sandoval, C., & Kinsella, E. (2020). Overcoming ageism: critical reflexivity for gerontology practice. *Educational Gerontology*, 46(4), 223-234. <https://doi.org/10.1080/03601277.2020.1726643>

- Forss, K. (2020). The importance of addressing ageism in Swedish healthcare. *Nordic Journal of Nursing Research*, 40(3), 113-115. <https://doi.org/10.1177/2057158520929348>
- Forss, K., Nilsson, J., & Borglin, G. (2018). Registered nurses' and older people's experiences of participation in nutritional care in nursing homes: a descriptive qualitative study. *BMC Nursing*, 17(19). <https://doi.org/10.1186/s12912-018-0289-8>
- Forti, P., Maioli, F., Magni, E., Regazzoni, L., Piperno, R., Zoli, M., . . . Procaccianti, G. (2017). Risk of exclusion from stroke rehabilitation in the oldest-old. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2017.08.469>
- Fraser, S., Lagacé, M., Bongué, B., Ndeye, N., Guyot, J., Bechard, L., . . . Tougas, F. (2020). Ageism and COVID-19: what does our society 's response say about us? *Age and Ageing*, 49, 692-695. <https://doi.org/10.1093/ageing/afaa097>
- Gallegos-Carrillo, K., Honorato-Cabañas, Y., Macías, N., García-Pena, C., Flores, Y., & Salmerón, J. (2019). Preventive health services and physical activity improve health-related quality of life in Mexican older adults. *Salud Pública de México*, 61(2), 106 - 115. <https://doi.org/10.21149/9400>
- Garratt, S., Kosowicz, L., Gilbert, A., Dow, B., & Ostaszkiwicz, J. (2021). What is and what ought to be: A meta-synthesis aged care staffs' perspectives on quality care. *Journal of Clinical Nursing*, 30, 3124 - 3138. <https://doi.org/10.1111/jocn.15842>
- George, D., & Mallery, P. (2003). *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference, 11.0 update (4.^a ed.)*. Allyn & Bacon.
- Gherman, M.-A., Arhiri, L., & Holman, A. (2022). Ageism, moral sensitivity and nursing students' intentions to work with older people – A cross-sectional study. *Nurse Education Today*, 113. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2022.105372>
- Gomez-Moreno, C., Verduzco Aguirre, H., Contreras Garduño, S., Perez de Acha, A., Alcalde Castro, J., Chavarri Guerra, Y., . . . Soto Perez de Celis, E. (2019). Perceptions of aging and ageism among Mexican physicians in training. *Clinical and Translational Oncology*, 1730-1735. <https://doi.org/10.1007/s12094-019-02107-w>

- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2019). *Multivariate data analysis (8th ed.)*. CENGAGE.
- Harper, S. (2020). The COVID-19 pandemic and older adults: Institutionalised ageism or pragmatic policy? *Journal of Population Ageing*, *13*, 419-425. <https://doi.org/10.1007/s12062-020-09320-4>
- Hosseini, M., Mehri, S., Fallahi-Khoshknab, M., Mohammadi-Shahbelaghi, F., & AkbariZardkhaneh, S. (2020). The status of ageism in caring for elderly patients from nurses' perspective. *Journal of Client-Centered Nursing Care*, *6*(4), 289-296. <https://doi.org/10.32598/JCCNC.6.4.346.1>
- Hu, R., Luo, M., & Li, L. (2020). Associations of ageism and health: A systematic review of quantitative observational studies. *Research on Aging*, 1-12. <https://doi.org/10.1177/0164027520980130>
- Iversen, T., Larsen, L., & Solem, P. (2009). A conceptual analysis of Ageism. *Nordic Psychology*, *61*(3), 4-22. <https://doi.org/10.1027/1901-2276.61.3.4>
- Joshi, P., Duong, K., Trevisan, L., & Wilkins, K. (2021). Evaluation and management of alcohol use disorder among older adults. *Current Geriatrics Reports*, *10*, 82-90. <https://doi.org/10.1007/s13670-021-00359-5>
- Joshi, V., Malhotra, R., Lim, J., Ostbye, T., & Wong, M. (2010). Validity and reliability of the expectations regarding aging (ERA-12) instrument among middle-aged singaporeans. *Annals Academy of Medicine*, 394-398.
- Kane, J., & Vries, K. (2017). Dignity in long-term care: An application of Nordenfelt's work. *Nursing Ethics*, *24*(6), 744 - 751. <https://doi.org/10.1177/0969733015624487>
- Kane, M. (2006). Social work students' perceptions about incompetence in elders. *Journal of Gerontological Social Work*, *47*(3/4), 153-171. https://doi.org/10.1300/Jo83v47n03_10
- Kline, R. B. (2015). *Principles and practice of structural equation modeling (4th ed.)*. Guilford Publications.
- Krzyzaniak, N., Scott, A., Bakhit, M., Bryant, A., Taylor, M., & Mar, C. (2021). Impact of the COVID-19 pandemic on the Australian residential aged care facility (RACF)

- workforce. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 38(3), 47 - 58.
<https://doi.org/10.37464/2020.383.490>
- Lambrinou, E., Sourtzi, P., Kalokerinou, A., & Lemonidou, C. (2009). Attitudes and knowledge of the Greek nursing students towards older people. *Nurse Education Today*, 29, 617-622. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2009.01.011>
- Li, C. (2016). The performance of ML, DWLS, and ULS estimation with robust corrections in structural equation models with ordinal variables. *Psychological Methods*, 21(3), 369-387. <https://doi.org/10.1037/met0000093>
- Lloyd-Sherlock, P., Ebrahim, S., McKee, M., & Prince, M. (2016). Institutional ageism in global health policy. *The BMJ*, 354. <https://doi.org/10.1136/bmj.i4514>
- Lyons, A., Alba, B., Heywood, W., Fileborn, B., Minichiello, V., Barrett, C., . . . Dow, B. (2018). Experiences of ageism and the mental health of older adults. *Aging & Mental Health*, 22(11), 1456-1464.
<https://doi.org/10.1080/13607863.2017.1364347>
- Lytle, A., & Levy, S. (2019). Reducing ageism: Education about aging and extended contact with older adults. *The Gerontologist*, 59(3), 580-588.
<https://doi.org/10.1093/geront/gnx177>
- Maffoni, M., Torlaschi, V., Pierobon, A., Zanatta, F., Grasso, R., Bagliani, S., . . . Piaggi, G. (2021). Video calls during the COVID-19 pandemic: A bridge for patients, families, and respiratory therapists. *Families, Systems, & Health*, 39(4), 650-658. <https://doi.org/10.1037/fsh0000661>
- 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*.
<https://doi.org/10.3390/ijerph17072560>
- McArthur, C., Saari, M., Heckman, G., Wellens, N., Weir, J., Hebert, P., . . . Hirdes, J. (2021). Evaluating the effect of COVID-19 pandemic lockdown on long-term care residents' mental health: A data-driven approach in new brunswick. *JAMDA*, 22, 187-192. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.10.028>
- Moieni, M., Seeman, T., Robles, T., Lieberman, M., Okimoto, S., Lengacher, C., . . . Eisenberger, N. (2020). Generativity and social well-being in older women:

- Expectations regarding aging matter. *Journals of Gerontology: Psychological Sciences*. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa022>
- Neubauer, A., Schilling, O., & Wahl, H.-W. (2017). What do we need at the end of life? Competence, but not autonomy, predicts intraindividual fluctuations in subjective well-being in very old age. *The Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, *72*(3), 425-435. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbv052>
- Nia, H., She, L., Somasundram, S., Fomani, F., Kaveh, O., & Hosseini, L. (2022). Validity and reliability of persian version of the 12-item expectations regarding aging survey. *The International Journal of Aging and Human Development*. <https://doi.org/10.1177/00914150221084650>
- Nunnally, J. C., & Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric theory*. McGraw-Hill.
- Obuobi-Donkor, G., Nkire, N., & Agyapong, V. (2021). Prevalence of major depressive disorder and correlates of thoughts of death, suicidal behaviour, and death by suicide in the geriatric population - A general review of literature. *Behavioral Sciences*, *11*(142), 1-19. <https://doi.org/10.3390/bs11110142>
- O’Caoimh, R., O’Donovan, M., Monahan, M., O’Connor, C., Buckley, C., Kilty, C., . . . Cornally, N. (2020). Psychosocial impact of COVID-19 nursing home restrictions on visitors of residents with cognitive impairment: A cross-sectional study as part of the engaging remotely in care (ERiC) project. *Frontiers in Psychiatry*, *11*. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.585373>
- Officer, A., Thiyagarajan, J., Schneiders, M., Nash, P., & Fuente-Núñez, V. (2020). Ageism, healthy life expectancy and population ageing: How are they related? *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(9). <https://doi.org/10.3390/ijerph17093159>
- Pekince, H., Aslan, H., Erci, B., & Aktürk, Ü. (2018). The attitudes of healthcare professionals in a state hospital towards ageism. *Journal of Public Health*, *26*, 109-117. <https://doi.org/10.1007/s10389-017-0849-5>
- Reynolds, L. (2020). The COVID-19 pandemic exposes limited understading of ageism. *Journal of Aging & Social Policy*, *32*(4-5), 499-505. <https://doi.org/10.1080/08959420.2020.1772003>

- Ribeiro, M., Reis, T., Marques, S., Mendonça, J., Rodrigues, R., & Gerardo, F. (2020). A casa dos avós: O papel do contacto com os avós nas perceções idadistas de crianças do ensino básico. *PSICOLOGIA*, 34(2), 15-26. <https://doi.org/10.17575/psicologia.v34i2.1379>
- Salthouse, T. (2019). Trajectories of normal cognitive aging. *American Psychological Association*, 34(1), pp. 17-24. <https://doi.org/10.1037/pag0000288>
- Sánchez-Isquierdo, M., Santacreu, M., Olmos, R., & Fernández-Ballesteros, R. (2019). A training intervention to reduce paternalistic care and promote autonomy: a preliminary study. *Clinical Interventions in Aging*, 14, 1515-1525. <https://doi.org/10.2147/CIA.S213644>
- São José, J., & Amado, C. (2017). On studying ageism in long-term care: a systematic review of the literature. *International Psychogeriatrics*, 29(3), 373-387. <https://doi.org/10.1017/S1041610216001915>
- São José, J., Amado, C., Ilinca, S., Buttigieg, S., & Larsson, A. (2019). Ageism in health care: A systematic review of operational definitions and inductive conceptualizations. *The Gerontologist*, 59(2), 98-108. <https://doi.org/10.1093/geront/gnx020>
- Sarkisian, C., Hays, R., Berry, S., & Mangione, C. (2002). Development, reliability, and validity of the expectations regarding aging (ERA-38) survey. *The Gerontologist*, 42 (4), 534-542. <https://doi.org/10.1093/geront/42.4.534>
- Sarkisian, C., Steers, N., Hays, R., & Mangione, C. (2005). Development of the 12-item expectations regarding aging survey. *The Gerontologist*, 45(2), 240-248. <https://doi.org/10.1093/geront/45.2.240>
- Schroyen, S., Missotten, P., Jerusalem, G., Van den Akker, M., Buntinx, F., & Adam, S. (2017). Association between self-perception of aging, view of cancer and health of older patients in oncology: a one-year longitudinal study. *BMC Cancer*. <https://doi.org/10.1186/s12885-017-3607-8>
- Shaw, C., & Gordon, J. (2021). Understanding elderspeak: An evolutionary concept analysis. *Innovation in Aging*, 5(3), 1-18. <https://doi.org/10.1093/geroni/igab023>
- Shpakou, A., Klimatchkaia, L., Furiaeva, T., Piatrou, S., & Zaitseva, O. (2021). Ageism and loneliness in the subjective perceptions of elderly people from nursing

- homes and households. *Family Medicine & Primary Care Review*, 23(4), 475-480. <https://doi.org/10.5114/fmPCR.2021.110366>
- Sonmez, Y., Akdemir, M., Toprak, E., & Aktekin, M. (2022). Attitudes on ageism among first - and sixth - year medical students and related factors. *Turkish Journal of Geriatrics*, 25(1), 106-119. <https://doi.org/10.31086/tjgeri.2022.268>
- Ugurlyu, Z., Kav, S., Karahan, A., & Citak, E. (2019). Correlates of ageism among health care professionals working with older adults. *Journal of Transcultural Nursing*, 30(3), 303-312. <https://doi.org/10.1177/1043659618810128>
- United Nations. (2020). *World population ageing 2020 highlights: Living arrangements of older persons*. Department of Economic and Social Affairs, Population. https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/undesapd-2020_world_population_ageing_highlights.pdf
- Vale, M., Stanley, J., Houston, M., Villalba, A., & Turner, J. (2020). Ageism and behavior change during a health pandemic: A preregistered study. *Frontiers in Psychology*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.587911>
- Whatley, M., & Castel, A. (2020). Improving expectations regarding aging in younger adults: a classroom study. *Educational Gerontology*, 46(12), 785-795. <https://doi.org/10.1080/03601277.2020.1826088>
- Weston, R., & Gore Jr, P. A. (2006). A brief guide to structural equation modelling. *The Counseling Psychologist*, 34(5), 719-751. <https://doi.org/10.1177/0011000006286345>
- Wisdom, N., Connor, D., Hogan, L., & Callahan, J. (2014). The relationship of anxiety and beliefs toward aging in ageism. *Journal of Scientific Psychology*, 10-21
- World Health Organization. (2021). *Global report on ageism*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240016866>
- Williams, J., Myléus, A., Chatterji, S., & Valentine, N. (2020). Health systems responsiveness among older adults: Findings from the World Health Organization Study on global AGEing and adult health. *Global Public Health*, 15(7), 999 - 1015. <https://doi.org/10.1080/17441692.2020.1742365>

- Williams, K., Perkhounkova, Y., Herman, R., & Bossen, A. (2017). A communication intervention to reduce resistiveness in dementia care: A cluster randomized controlled trial. *The Gerontologist*, *57*(4), 707-718. <https://doi.org/10.1093/geront/gnw047>
- Wyman, M., Shiovitz-Ezra, S., & Bengel, J. (2018). Ageism in the health care system: providers, patients, and systems. In L. Ayalon & C. Tesch-Romer (Eds.), *Contemporary Perspectives on Ageism* (pp. 193-212). Springer Open. https://doi.org/10.1007/978-3-319-73820-8_13

Anexos

Anexo A: Itens da Escala PIICS

Nº item	
1	Os procedimentos administrativos necessários para os idosos acederem aos diferentes serviços de saúde são, frequentemente, muito complicados.
2	Cada vez mais se opta pelo funcionamento de serviços de saúde através da internet/on-line apesar desta via ser pouco acessível para as pessoas idosas.
3	Ao conversar com pessoas idosas fala-se, frequentemente, como se fossem crianças pequenas (uso de diminutivos, tom de voz diferente).
4	Quando a pessoa idosa se encontra acompanhada, os profissionais de saúde e os prestadores de cuidados costumam falar com o acompanhante, referindo-se ao idoso na terceira pessoa.
5	A maioria dos centros e serviços destinados a idosos organizam o dia-a-dia dos idosos a quem prestam cuidados, sem lhes permitirem optar por diferentes possibilidades.
6	A pessoa idosa em situação de dependência é frequentemente tratada como se fosse um objeto (e.g., quando se dá banho).
7	As pessoas idosas são discriminadas no acesso a unidades /serviços especiais de saúde de elevado custo.
8	As pessoas idosas são discriminadas no que concerne a indicações cirúrgicas.
9	Discriminam-se as pessoas idosas na aplicação estrita dos protocolos clínicos estabelecidos.
10	Discriminam-se as pessoas idosas na realização de listas de espera cirúrgicas.
11	As pessoas idosas são discriminadas nos internamentos hospitalares realizados a partir das urgências.
12	Limita-se a prescrição de fármacos a pessoas idosas em função do seu custo.
13	Fazem-se comentários desadequados quando se faz a higiene a pessoas idosas hospitalizadas.
14	As pessoas idosas são excluídas de campanhas preventivas (por exemplo: tabaco).
15	Adia-se a atenção e cuidados a pessoas idosas para se atenderem pacientes mais jovens.
16	Quando se interage com pessoas idosas que dizem algo incoerente ou impreciso, é frequente serem retificadas com ênfase.
17	É muito frequente tratarem-se as pessoas idosas com indiferença por não estarem a par dos avanços tecnológicos.
18	Ao interagir com uma pessoa idosa que diz algo incoerente ou impreciso fazem-se gestos de desaprovação ou de gozo.
