

**Escala de Perceção de *Ageism* em Cuidados de
Saúde**
**Estudo de validação com médicos Portugueses em
contexto de Pandemia por COVID-19**

Susana Filipa Simões Ferreira

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Medicina
(mestrado integrado)

Orientadora: Prof. Doutora Rosa Marina Afonso
Coorientador: Prof. Doutor Luís Miguel da Silva Pires
Coorientador: Prof. Doutor Miguel Castelo Branco

abril de 2021

Dedicatória

À avó que com que a vida me presenteou.

Aos avós que me escolheram.

A todos os avós, porque são o melhor que o mundo tem.

Agradecimentos

Antes de mais, gostaria de expressar a minha enorme gratidão à minha orientadora, Professora Doutora Rosa Afonso, que foi incansável ao longo de todo o percurso de desenvolvimento deste trabalho. Sem dúvida que a ajuda, o entusiasmo, e a confiança que sempre me transmitiu foram os maiores motores que fizeram avançar este trabalho.

Ao Professor Doutor Miguel Castelo Branco e ao Professor Doutor Luís Pires quero também expressar o meu enorme agradecimento por toda a disponibilidade, toda a ajuda e simpatia.

Aos meus pais, que nunca me impediram de sonhar e sempre se esforçaram por me dar todas as ferramentas de que precisei ao longo destes 6 anos para conseguir sempre mais e melhor. Por serem os meus maiores pilares, estarei eternamente grata.

À minha irmã, por me ouvir e me encorajar. Pelo carinho infinito, por todo o amor e apoio incondicionais.

A toda a minha família, sem exceção, porque as palavras de encorajamento nunca faltaram.

Ao meu Hugo, por ter acreditado sempre em mim, mesmo quando eu não acreditei. Por continuar a acreditar. Mesmo longe estiveste sempre perto e nunca me deixaste pensar que não era capaz. Por tudo o que representas para mim, esta conquista também é tua.

À minha avó e à minha madrinha, que viveram este sonho comigo como se fosse o delas. Sentir o vosso orgulho é a melhor sensação do mundo.

À minha Dona Belinha e ao Sr. Aníbal, que me acolheram como uma neta e fizeram com que a Covilhã se tornasse uma segunda casa. Nunca poderei agradecer todo o amor que me deram.

À minha Célia, que levarei no coração por toda a vida.

Resumo

Introdução: Um dos desafios relacionados com o envelhecimento da população é o *ageism* - discriminação baseada na idade, sobretudo em relação aos idosos. Existe um consenso geral de que o *ageism* está presente nos sistemas e políticas de saúde. Este estudo pretende desenvolver os primeiros estudos de validação da Escala de Percepção de *Ageism* em Cuidados de Saúde, avaliar em que medida se observam determinados comportamentos discriminatórios nos cuidados de saúde portugueses e, ainda, analisar as variáveis que podem estar relacionadas com essa mesma percepção.

Métodos: O estudo consistiu na aplicação a médicos portugueses de diversas especialidades, de um questionário com 28 itens acerca da existência de *ageism* em contextos de saúde. Os dados foram recolhidos através de um formulário *online*, durante a pandemia por COVID-19.

Resultados: Responderam 500 médicos (75,4% mulheres), de 41 especialidades diferentes. Os estudos de validação da escala apresentaram boas propriedades psicométricas. A análise fatorial desta escala revelou a existência de 3 fatores principais, sendo estes relacionados com: 1. a discriminação direta, com a exclusão de pessoas idosas de programas de elevado custo; 2. a discriminação indireta, com o adiamento de tratamentos/exames ou a proposta de tratamentos menos completos; e 3. o tratamento desigual dos idosos face aos mais jovens e a superproteção e tratamento paternalista com que se trata o idoso. Em 6 situações é referida uma maior percepção de *ageism* por mais de 60% dos médicos. Todas estas 6 situações, em que a percepção de *ageism* é maior, se relacionam com o terceiro fator identificado na escala. O total da escala correlacionou-se positivamente com os médicos terem formação prévia em geriatria, sugerindo que esta pode influenciar a percepção de *ageism*, tornando os profissionais de saúde mais atentos a esta temática. Dos médicos, 96,6% consideram que o *ageism* se manteve ou agravou durante a pandemia por COVID-19.

Conclusões: A Escala de Percepção de *Ageism* em Cuidados de Saúde está em condições de ser aplicada de uma forma mais generalizada aos médicos portugueses e outros profissionais de saúde para a avaliação da sua percepção de *ageism* em cuidados de saúde. Os resultados indicam que o nível de *ageism* global percecionado em cuidados de saúde é baixo. Contudo existem situações em que a percepção de *ageism* nos cuidados de saúde é elevada, através de uma discriminação direta, indireta, e um tratamento desigual dos idosos. Estes resultados alertam para a necessidade de se repensarem práticas e se

implementarem medidas de modo a impedir esta forma de discriminação e violação de direitos das pessoas mais velhas em contexto de saúde.

Palavras-chave

Ageism; discriminação; idosos; cuidados de saúde; COVID-19

Abstract

Introduction: One of the challenges related to the aging of the population is *ageism* - age-based discrimination, which mainly occurs with the elderly. There is a general agreement on *ageism* being present in the health service systems and policies. This study intends to develop the first validation studies of an *Ageism* Perception Scale for the Portuguese population, to evaluate to which extent certain discriminatory behaviors are observed in Portuguese healthcare, and also to analyze the variables that may be related to this perception.

Methods: The study consisted of applying to Portuguese doctors of different specialties a questionnaire with 28 items about the existence of *ageism* in healthcare contexts. Data were collected with an online form during the COVID-19 pandemic.

Results: 500 doctors (75.4% women), from 41 different specialties participated in this study. The scale validation studies showed good psychometric properties. The factor analysis of this scale revealed the existence of 3 main factors, which are related to: 1. direct discrimination, with the exclusion of elderly people from high-cost programs; 2. indirect discrimination, with the postponement of treatments/exams or the proposal of less complete treatments; and 3. the unequal treatment of the elderly compared to the youngest and the overprotection and paternalistic treatment of the elderly. In 6 situations, the perception of *ageism* is higher as mentioned by more than 60% of the doctors. All of these 6 situations, in which the perception of *ageism* is higher, are related to the third factor identified on the scale. The scale's total correlated positively with physicians having previous training in geriatrics, suggesting that it may influence the perception of *ageism*, making health professionals more attentive to this theme. 96.6% of the doctors consider that *ageism* was maintained or worsened during the COVID-19 pandemic.

Conclusions: The *Ageism* Perception in Healthcare Systems Scale can be applied in the future to Portuguese doctors and other health professionals to assess their perception of *ageism* in healthcare systems and policies. The results indicate that there is a small global level of perceived *ageism*. However, in some situations, there is a high perception of *ageism* in Portuguese healthcare systems, through direct, indirect discrimination, and unequal treatment of the elderly. These results alert to the need to rethink practices and implement measures in order to prevent this form of discrimination and violation of the rights of older people in healthcare.

Keywords

Ageism; discrimination; elderly; healthcare; COVID-19

Índice

1 Introdução	1
1.1 Enquadramento Geral	1
1.2 Objetivos	4
2 Métodos.....	5
2.1 Participantes	5
2.2 Instrumentos	5
2.2.1 Questionário Sociodemográfico e Profissional	5
2.2.2 Escala de Percepção de <i>Ageism</i> em Cuidados de Saúde	6
2.2.3 Questão sobre <i>Ageism</i> e Pandemia por COVID-19	7
2.3 Procedimento	7
2.4 Análise de Dados	8
3 Resultados.....	9
3.1 Contacto com Idosos e Formação em Geriatria.....	9
3.2 Análise Psicométrica da Escala de Percepção de <i>Ageism</i> em Cuidados de Saúde ..	10
3.2.1 Consistência Interna	10
3.2.2 Análise Fatorial Exploratória	11
3.3 Percepção dos Médicos acerca da existência de <i>Ageism</i> em contexto de cuidados de saúde.....	13
3.4 Análise Correlacional.....	16
3.5 Percepção do Impacto da pandemia por COVID-19 no <i>Ageism</i>	17
4. Discussão e Conclusões	19
Bibliografia	25

Lista de Figuras

Figura 1. Frequência de contacto que os médicos consideram ter com idosos (N=500).	9
Figura 2. <i>Scree Plot</i> da análise de componentes principais da Escala de Percepção de <i>Ageism</i> em Cuidados de Saúde.....	11
Figura 3. Percepção de diminuição/manutenção/aumento de <i>ageism</i> durante a pandemia por COVID-19 (N=500).....	17

Lista de Tabelas

Tabela 1. Especialidade médica dos participantes (N=500).	5
Tabela 2. Estado de saúde dos idosos próximos dos médicos participantes (N=440). ...	9
Tabela 3. Análise descritiva de cada item da Escala de Percepção de <i>Ageism</i> em Cuidados de Saúde, correlação item-total e mudança no valor do <i>Alpha de Cronbach</i> caso cada um dos itens fosse retirado da Escala.	10
Tabela 4. Análise Fatorial Exploratória da Escala de Percepção de <i>Ageism</i> em Cuidados de Saúde.	12
Tabela 5. Percentagem de acordo dos participantes em relação a cada um dos itens da Escala e teste do qui-quadrado para comparar a percentagem de acordo/desacordo com o valor médio (50%). (N= 500).	15

1 Introdução

1.1 Enquadramento Geral

O envelhecimento da população é um dos maiores triunfos da humanidade sendo, simultaneamente, um desafio para a sociedade (1). A esperança média de vida tem vindo a aumentar a nível mundial e Portugal, não sendo exceção, viu o seu índice de envelhecimento (número de pessoas com 65 e mais anos por cada 100 pessoas menores de 15 anos) passar de 27,5%, em 1961, para 161,3%, em 2019 (2). A esperança média de vida ao nascer aumentou de 64 anos, em 1960, para 81,5 anos, em 2018, sendo o nosso país o 15º à escala mundial com maior esperança média de vida à nascença (3).

Um dos desafios que surgiu relacionado com o envelhecimento da população foi o *ageism* - discriminação baseada na idade, que ocorre sobretudo em relação aos idosos (4,5). Este pode ser explícito ou implícito, e tem subjacentes generalizações sobre as pessoas mais velhas, que geram estereótipos, preconceitos e atitudes/comportamentos discriminatórios (6). As instituições de saúde e os seus profissionais não são isentos de *ageism*, existindo, inclusivamente, um consenso geral de que a discriminação baseada na idade está presente nos sistemas e políticas dos serviços de saúde (7,8).

As pessoas idosas têm maior probabilidade de adoecer do que as mais jovens e, portanto, acrescida probabilidade de usar hospitais e outros serviços de saúde (9,10). Assim, os profissionais de saúde têm, geralmente, um maior contacto com idosos frágeis e doentes (11). Isto poderá favorecer o aparecimento de imagens negativas em relação aos mais velhos, sendo que o *ageism* entre profissionais de saúde e nos sistemas de saúde de todo o mundo é já considerado problemático (12–14). A discriminação com base na idade pode, assim, refletir-se na prática clínica e na tomada de decisão entre os profissionais de saúde, constituindo uma potencial barreira à igualdade na saúde. (14) Segundo Adelman et al. (2000), os médicos tendem a ser menos tolerantes, menos envolvidos e menos otimistas com pacientes mais velhos (15). A visão torna-se ainda mais negativa quando se trata de pessoas idosas a residir em lares de terceira idade, sendo desvalorizada a sua capacidade para mudar hábitos de saúde e para a retenção de novas informações relacionadas com a saúde (13).

De notar que as próprias pessoas idosas podem apresentar *self ageism*, resultante de ideias e atitudes negativas em relação ao próprio envelhecimento, o que também irá influenciar a qualidade dos cuidados de saúde do idoso e as suas interações com o sistema de saúde (16,17). O *self ageism* conduz a percepções erradas tais como a crença

de que a dor e o sofrimento fazem parte do processo de envelhecimento normal (18). Isto leva a que as pessoas idosas procurem menos tratamentos médicos devido às suas baixas expectativas de poderem ser ajudados devido à sua idade avançada (19).

O contexto de pandemia por COVID-19, declarado a 11 de Março de 2020 pela Organização Mundial de Saúde (OMS), teve grandes implicações nas relações sociais. Destaca-se a redução de relações intergeracionais (20,21), que são uma das principais formas de redução do *ageism* e de integração de pessoas de diferentes idades nas comunidades, famílias e na sociedade em geral (22). Sendo as pessoas idosas consideradas de maior risco de desenvolvimento de doenças mais graves associadas à COVID-19 (23–25), o distanciamento social foi aconselhado e implementado durante a pandemia como forma profilática de controlar a disseminação do vírus, com especial ênfase para este grupo etário (26,27). Esta medida implicou que os idosos, especialmente durante os períodos declarados de emergência durante a pandemia, tivessem de ficar em casa e evitar o contacto físico com outras pessoas, nomeadamente com familiares mais novos e netos (20,28), considerados dos principais transmissores do vírus (29).

No que concerne aos serviços de saúde, devido à pandemia de COVID-19, em Portugal, durante algumas fases da pandemia, as consultas (hospitalares e em cuidados de saúde primários) e cirurgias não urgentes foram adiadas. Foi dada preferência ao contacto telefónico com os centros de saúde e foi aconselhada a utilização da linha SNS24 para pessoas com sintomas compatíveis com os de COVID-19 (30). Em países como Itália, onde, a certa altura, os recursos necessários para salvar vidas passaram a ser escassos (e não havendo planos/protocolos previamente estabelecidos nem tempo para criá-los de raiz), foi necessária a aplicação de soluções fáceis e pragmáticas para questões de teor crítico e muito sensível como a alocação destes recursos. A alocação de recursos para salvar vidas (e.g., ventiladores) passou, assim, a ter em conta a idade e presença de comorbilidades (31).

Existem estudos em países da Europa que demonstram que a opinião pública destes países apoia a ideia de um limite de idade para serviços de saúde (32,33). Por exemplo, na Bélgica, 40% dos cidadãos consideram que as pessoas com mais de 85 anos não deveriam receber cuidados médicos de elevado custo (32) e, no Reino Unido, as discussões sobre o racionamento de cuidados apontam, frequentemente, para uma discriminação sistemática dos idosos (33). Faz também parte da política de alguns Países europeus a existência de limites máximos de idade para o financiamento de

testes de diagnóstico, procedimentos de triagem e benefícios sociais relacionados à saúde (32).

Com o aparecimento da pandemia de COVID-19, expressões como o “*BoomerRemover*” (expressão alusiva à geração dos *baby boomers* – pessoas nascidas entre 1946 e 1964, numa altura em que se registaram mais nascimentos do que o normal e que são hoje em dia pessoas com mais de 55 anos) passaram a ser tendência nas redes sociais, muitas vezes acompanhadas de *memes* depreciativos de pessoas mais velhas, e as discussões e comentários que posicionam os idosos como sendo mais dispensáveis do que as pessoas noutras faixas etárias aumentaram, sugerindo até que a morte de pessoas idosas, de alguma forma, não é tão importante quanto a perda de vidas de pessoas mais jovens (20,34).

Em Portugal, existem estudos sobre o *ageism*, nomeadamente sobre a percepção dos idosos acerca da forma como são vistos e tratados pelos profissionais de saúde. Estes concluem que os idosos percecionam que existem, por parte dos profissionais de saúde, imagens negativas do envelhecimento e dos idosos, e atitudes discriminatórias para com estes (35). Existem, também, investigações em que é avaliada a percepção geral que os profissionais de saúde têm sobre o idoso, evidenciando a existência de discriminação quer positiva quer negativa dos idosos (36). Contudo, na pesquisa efetuada no âmbito desta dissertação de mestrado, não foi encontrada nenhuma escala de percepção de *ageism* dito institucional, que avalia o grau de *ageism* presente em sistemas e políticas de saúde em Portugal.

Partindo de uma escala desenvolvida em Espanha (37), este estudo pretende realizar uma primeira validação da Escala de Percepção de *Ageism* em Cuidados de Saúde em Portugal. Esta escala permitirá avaliar a percepção dos médicos em relação à existência ou não de *ageism* nos cuidados de saúde em Portugal. A análise destes dados poderá ainda contribuir para que os cuidados de saúde em Portugal sejam cada vez melhores e mais adequados às necessidades dos idosos, que são a maioria dos utilizadores de cuidados de saúde em Portugal.

1.2 Objetivos

Este estudo tem como objetivos: 1 - Desenvolver os primeiros estudos de validação da Escala de Perceção de *Ageism* em Cuidados de Saúde (37) com médicos residentes em Portugal; 2 - Avaliar a perceção de *ageism* dos médicos em contexto de saúde e 3 - Analisar a relação entre o grau de *ageism* percecionado pelos médicos e o seu género, idade, frequência de contacto com pessoas idosas/pessoas idosas com doenças e formação prévia em geriatria.

2 Métodos

2.1 Participantes

Participaram no estudo 500 médicos portugueses, 377 do sexo feminino (75.4%) e 123 do sexo masculino (24.6%), com idades compreendidas entre os 24 e os 71 anos (M = 35.39; DP = 10.94). A amostra inclui médicos internos do ano comum (11.2%), internos de especialidade (32.2%), especialistas (52.4%) e ainda médicos que se encontram noutra situação (4.2%). Esta amostra abrange médicos de 41 especialidades diferentes (uma amostra significativa de todas as 92 especialidades existentes a nível nacional) e com uma distribuição semelhante à que encontramos a nível nacional, com mais especialistas em Medicina Interna e Medicina Geral e Familiar e uma percentagem elevada de médicos não especialistas (ver Tabela 1).

Tabela 1. Especialidade médica dos participantes (N=500).

	Frequência	%	Nº Nacional
Anatomia Patológica	3	0,6%	316
Anestesiologia	11	2,2%	2 109
Cardiologia	3	0,6%	1 000
Cirurgia Geral	15	3,0%	1 827
Cirurgia Maxilo-facial	2	0,4%	115
Cirurgia Pediátrica	2	0,4%	140
Cirurgia Plástica e Reconstructiva	2	0,4%	279
Cirurgia Torácica	1	0,2%	11
Dermato-Venereologia	2	0,4%	415
Endocrinologia e Nutrição	4	0,8%	283
Estomatologia	3	0,6%	581
Gastroenterologia	3	0,6%	615
Genética Médica	3	0,6%	71
Ginecologia/Obstetria	8	1,6%	1 833
Hematologia Clínica	2	0,4%	276
Imunologia	1	0,2%	252
Imunohemoterapia	2	0,4%	269
Infeciologia	7	1,4%	212
Medicina do Trabalho	2	0,4%	1 146
Medicina Física e de Reabilitação	4	0,8%	710
Medicina Geral e Familiar	113	22,6%	7 768
Medicina Intensiva	10	2,0%	475

	Frequência	%	Nº Nacional
Medicina Interna	54	10,8%	2 975
Medicina Nuclear	1	0,2%	95
Nefrologia	5	1,0%	388
Neurocirurgia	2	0,4%	240
Neurologia	5	1,0%	575
Oftalmologia	3	0,6%	1 143
Oncologia Médica	8	1,6%	404
Ortopedia	8	1,6%	1 289
Otorrinolaringologia	20	4,0%	696
Patologia Clínica	1	0,2%	790
Pediatria	16	3,2%	2 217
Psiquiatria da Infância e da Adolescência	1	0,2%	215
Pneumologia	5	1,0%	683
Psiquiatria	7	1,4%	1 255
Radiologia	3	0,6%	1 041
Radioncologia	1	0,2%	164
Reumatologia	8	1,6%	188
Saúde Pública	1	0,2%	564
Urologia	3	0,6%	454
Não Especialistas	77	15,4%	22 890
Por Preencher	68	13,6%	

2.2 Instrumentos

2.2.1 Questionário Sociodemográfico e Profissional

Os participantes responderam inicialmente a questões de carácter sociodemográfico e profissional relativas à idade, género, situação profissional (interno de ano comum/ interno de especialidade/ médico especialista – e qual a especialidade, nos últimos dois casos), formação específica em geriatria e/ou gerontologia, prestação de serviços em Lar da Terceira Idade ou Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI), coabitação com pessoas idosas, ter idosos próximos e se esses mesmos idosos estão física/mentalmente debilitados.

2.2.2 Escala de Percepção de *Ageism* em Cuidados de Saúde

A Escala de Percepção de *Ageism* em Cuidados de Saúde foi desenvolvida originalmente por Casado et al. (2016) (37), em Espanha, com o intuito de ser aplicada a profissionais que trabalham com idosos em contexto de saúde (médicos, psicólogos, assistentes sociais, etc). É composto por 28 itens, e pretende avaliar a percepção sobre determinadas formas de *ageism* que podem ocorrer em contexto de cuidados de saúde. O questionário inclui um grupo de questões de caráter geral, relativas à vida do idoso e um conjunto de questões relacionadas com os cuidados de saúde.

A análise fatorial do questionário original revelou a existência de 3 fatores principais (em que os 28 itens se organizavam), sendo estes: “a exclusão de pessoas idosas de programas de elevado custo” (itens 9, 10, 11, 13, 15 e 19), “o tratamento desigual dos idosos face aos mais jovens” (itens 9, 15, 16, 17, 18, 19 e 20) e “a superproteção e tratamento paternalista com que se trata o idoso” (itens 4, 7, 8, 10 e 12). Este questionário de autorresposta tem 3 opções de resposta (“Sim”, “Não” e “Não sei” – no caso de concordar, discordar, ou não ter opinião/não querer partilhá-la, respetivamente).

Relativamente à forma de resposta aos itens, na versão Portuguesa desenvolvida no âmbito deste estudo optou-se por não incluir a opção de resposta “Não sei” no questionário a ser aplicado a médicos portugueses. Considerou-se que todos os 28 itens da escala poderiam ser respondidos por médicos de qualquer especialidade e que não haveria situações “não aplicáveis”. Sendo este um questionário sobre a percepção de *ageism* no contexto de cuidados de saúde em que estes profissionais trabalham diariamente, considerou-se que todos teriam, com maior ou menor experiência, possibilidade de decidir se no contexto de saúde português existe (respondendo “Sim”) ou não existe (respondendo “Não”) *ageism*. Em vez da inclusão da opção de resposta “Não sei”, que pode significar diferentes realidades (e.g., não tenho experiência suficiente nesta situação para decidir; nunca contactei com esta situação, etc.), foi disponibilizada uma caixa de comentários para que os médicos pudessem deixar comentários e sugestões.

2.2.3 Questão sobre *Ageism* e Pandemia por COVID-19

Dado o contexto de pandemia por COVID-19, durante o qual foram recolhidos os dados, foi colocada uma questão para se avaliar a percepção do possível impacto da pandemia Covid-19 no nível de *ageism* presente nos cuidados de saúde: “Devido à situação de Pandemia por COVID-19 que vivemos, considera que o fenómeno de *ageism* neste período?”. As opções de resposta foram: “Aumentou”; “Manteve-se”; “Diminuiu”.

2.3 Procedimento

Para a adaptação do questionário de percepção de *ageism* para médicos portugueses, procedeu-se ao pedido de autorização aos autores da escala original. Após a sua autorização, seguiu-se o processo de tradução e retroversão da escala – realizado por dois investigadores, com a participação de uma das autoras da escala original.

Seguiu-se a construção e organização do questionário sócio demográfico e itens da escala na plataforma *GoogleForms* (<https://www.google.com/forms>). A utilização desta plataforma permitiu limitar as respostas a uma por *email*, reduzindo a possibilidade de a mesma pessoa responder mais do que uma vez ao questionário. O questionário foi divulgado primeiramente através das redes sociais, nomeadamente em grupos de *Facebook* dirigidos a médicos. Foi efetuado também o contacto através do envio de *emails* a médicos (pedindo que respondessem e partilhassem pela sua rede de contactos) e a hospitais/serviços hospitalares (para que pudessem reencaminhar para os médicos que lá trabalhavam). A recolha de dados decorreu entre 4 de Dezembro de 2020 e 5 de Janeiro de 2021, uma altura em que Portugal se encontrava em estado de emergência devido à pandemia por COVID-19.

Este estudo foi autorizado pela Comissão de Ética da Universidade da Beira Interior (Processo nº CE-UBI-Pj-2020-092-ID433). Todos os participantes tiveram que preencher obrigatoriamente um campo de resposta onde declaravam que a sua participação no estudo era voluntária e que autorizavam a recolha e tratamento dos dados recolhidos para os fins visados pela investigação. Apenas após este consentimento informado é que era possível os participantes responderem ao questionário.

2.4 Análise de Dados

O presente estudo, com um *design* transversal, teve como objetivo recolher dados acerca da percepção de profissionais médicos do nível de *ageism* presente em contexto de cuidados de saúde em Portugal. Neste estudo, os dados foram recolhidos através da plataforma *GoogleForms* e foram transferidos para uma base de dados no *Microsoft Office Excel* para pré-tratamento (e.g., substituição de valores categoriais por valores numéricos). Depois, os dados foram importados para uma base de dados IBM SPSS, sendo que todas as análises posteriores foram realizadas com a versão 22.0 do IBM SPSS Statistics for Windows (IBM 300 Corp., Armonk, NY). Análises univariadas e multivariadas foram realizadas e não se detetaram desvios severos à distribuição normal [$| \text{Assimetria} - Sk | < 3$ e $| \text{Curtose} - Ku | < 8 - 10$; (38)]. Um valor de significância (p) de .05 foi usado para todos os testes estatísticos. Análises descritivas foram realizadas para caracterizar a amostra de médicos portugueses no que diz respeito a variáveis que podem influenciar a percepção de *ageism* (e.g., frequência de contacto com idosos). O valor de consistência interna, calculado com o *alpha de Cronbach*, foi analisado e interpretado segundo o critério de George e Mallery (2003), que considera um $\alpha \geq .6$ aceitável, embora um valor de $\alpha \geq .8$ seja preferível, uma vez que é um indicador de uma maior fiabilidade da escala. Para a análise fatorial exploratória e como os itens deste instrumento são avaliados numa escala binária (SIM/NÃO), foi inicialmente obtida uma *polychoric correlation matrix* através de uma sintaxe para o SPSS disponibilizada por Lorenzo-Seva e Ferrando (2014) (39). Foi usado o teste de adequação da amostra *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO) e o teste de esfericidade de *Bartlett* para definir se os dados eram adequados à realização da análise fatorial exploratória (40). Foi realizada também uma análise correlacional entre as variáveis de caracterização da amostra e os itens e o resultado total da Escala de Percepção de *Ageism* em Cuidados de Saúde. Foi utilizado o coeficiente de correlação de Pearson (r) para definir a associação entre variáveis contínuas (e.g., idade e Total da Escala de *Ageism*). Para a análise da associação entre variáveis contínuas e variáveis categoriais dicotómicas (e.g., Total da Escala de *Ageism* e Formação em Geriatria) foi utilizada a versão apropriada do coeficiente de correlação de Pearson (*rpb* – *point-biserial correlation*). Para a análise da associação entre variáveis categoriais foi usado o coeficiente de Cramér (C) através de tabelas de contingência (i.e., crosstabs).

Todos estes coeficientes de correlação foram interpretados de acordo com a classificação proposta por Cohen (1988, p.79–81) (41): $.10 \leq r \leq .29$ para correlações pequenas; $.30 \leq r \leq .49$ para correlações médias; $.50 \leq r \leq 1.0$ para correlações grandes.

3 Resultados

3.1 Contacto com Idosos e Formação em Geriatria

Dos 500 participantes, apenas 4.6% afirmaram ser médicos em algum lar e/ou ERPI, 12% referiram ter algum tipo de formação específica na área da geriatria e 19.2% afirmaram viver com idosos. A frequência de contacto que referem ter com idosos encontra-se explanada na Figura 1, com a maior parte dos médicos a contactar com idosos muitas vezes, quase todos ou mesmo todos os dias.

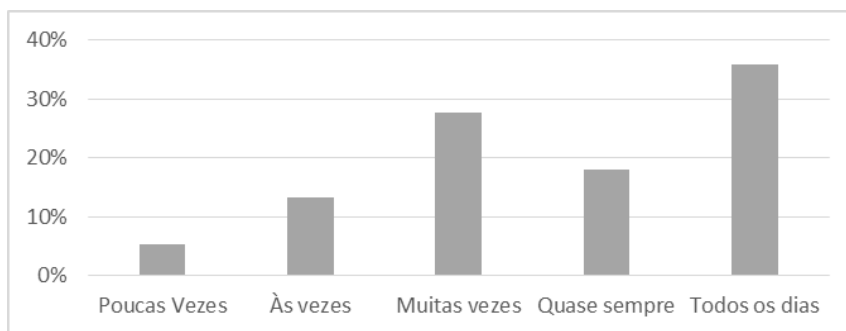


Figura 1. Frequência de contacto que os médicos consideram ter com idosos (N=500).

Dos médicos que referiram ter pessoas idosas que lhes são próximas (88%), 24% consideram que estas são saudáveis, sendo que a maioria (41%) considera que essas pessoas próximas já idosas têm uma saúde um pouco debilitada (ver Tabela 2).

Tabela 2. Estado de saúde dos idosos próximos dos médicos participantes (N=440).

Situação em que se Encontram	Frequência	%
Competamente saudáveis	12	2.4%
Saudáveis	70	14.0%
Bastante saudáveis	35	7.0%
Um pouco debilitados	204	40.8%
Bastante debilitados	87	17.4%
Extremamente debilitados	32	6.4%
Total	440	88%

3.2 Análise Psicométrica da Escala de Percepção de *Ageism* em Cuidados de Saúde

3.2.1 Consistência Interna

Para analisar a fiabilidade da escala, calculou-se o valor de *Alpha de Cronbach* como medida da consistência interna e obteve-se o valor de .844, estando de acordo com o que é o recomendado a nível internacional (preferencialmente $\geq .8$). Como se observa na Tabela 3, não há nenhum item que esteja a contribuir para uma menor consistência interna da escala e que por isso não devesse ser incluído na versão portuguesa final.

Tabela 3. Análise descritiva de cada item da Escala de Percepção de *Ageism* em Cuidados de Saúde, correlação item-total e mudança no valor do *Alpha de Cronbach* caso cada um dos itens fosse retirado da Escala.

	Média	Desvio Padrão	Item Corrigido - Correlação Total	Alpha de Cronbach se o item fosse eliminado
Item_1	.764	.425	.210	.844
Item_2	.876	.330	.114	.846
Item_3	.928	.259	.195	.844
Item_4	.536	.499	.332	.841
Item_5	.626	.484	.314	.841
Item_6	.79	.408	.235	.843
Item_7	.698	.460	.314	.841
Item_8	.37	.483	.261	.843
Item_9	.424	.495	.438	.837
Item_10	.506	.500	.512	.834
Item_11	.386	.487	.492	.835
Item_12	.252	.435	.431	.837
Item_13	.444	.497	.506	.834
Item_14	.526	.500	.174	.846
Item_15	.282	.450	.444	.837
Item_16	.232	.423	.461	.836
Item_17	.302	.460	.375	.839
Item_18	.428	.495	.402	.838
Item_19	.218	.413	.388	.839
Item_20	.144	.351	.428	.838
Item_21	.262	.440	.394	.838
Item_22	.22	.415	.442	.837
Item_23	.158	.365	.482	.836
Item_24	.482	.500	.435	.837
Item_25	.312	.464	.377	.839
Item_26	.092	.289	.303	.841
Item_27	.124	.330	.393	.839
Item_28	.492	.500	.472	.835

3.2.2 Análise Fatorial Exploratória

Foi usado o teste de *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO) como critério para decidir se matriz de dados era apropriada para a realização de uma análise fatorial exploratória, tendo sido obtido o valor de .703, considerado bom para a realização da análise fatorial exploratória. O valor do teste de esfericidade de Bartlett foi significativo ($\chi^2 = 8819$, $df = 378$, $p < .001$), indicando também que a matriz de dados é apropriada para esta análise. A análise da matriz de componentes principais obtida com rotação Varimax e com Normalização Kaiser e a análise do *Scree Plot* (ver Figura 2) revelou 3 fatores principais com um Eigenvalue > 1 que explicam 47% da variância total da escala: 21% o primeiro; 17% o segundo; e 10% o terceiro. Os itens que saturaram em cada um dos fatores (acima de .4), os eigenvalues e a porcentagem de variância explicada por cada um dos três fatores são apresentados na Tabela 4.

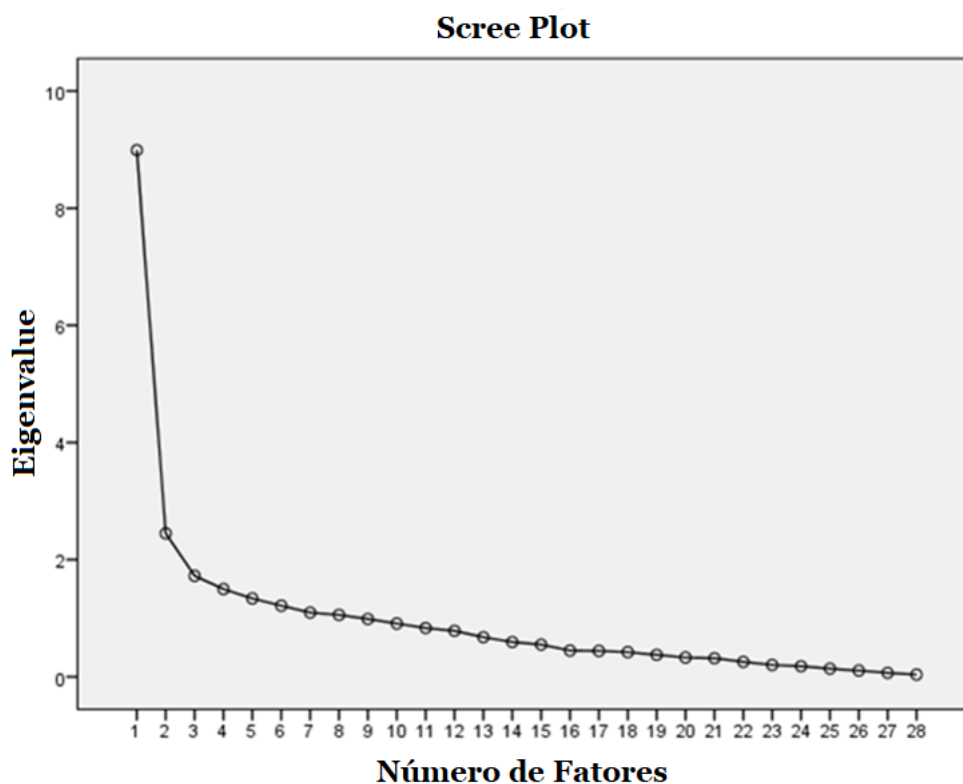


Figura 2. *Scree Plot* da análise de componentes principais da Escala de Percepção de *Ageism* em Cuidados de Saúde.

Tabela 4. Análise Fatorial Exploratória da Escala de Percepção de Ageism em Cuidados de Saúde.

		Fator			
		1	2	3	
Item_1	Os procedimentos administrativos necessários para os idosos acederem aos diferentes serviços de saúde são, frequentemente, muito complicados.			.444	
Item_2	Ao conversar com pessoas idosas em serviços, centros ou lares da terceira idade, fala-se mais alto.			.602	
Item_3	Cada vez mais se opta pelo funcionamento de serviços através da internet/on-line apesar desta via ser pouco acessível para as pessoas idosas.			.503	
Item_4	Ao conversarmos com pessoas mais velhas falamos-lhes, frequentemente, como se fossem crianças pequenas (uso de diminutivos, tom de voz diferente).			.577	
Item_5	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.			.574	
Item_6	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.				
Item_7	A pessoa idosa em situação de dependência é frequentemente tratada como se fosse um objeto (por exemplo: quando se dá banho, mobiliza ou “estaciona” à espera do elevador).				
Item_8	Ao falar com e sobre as pessoas idosas em centros ou lares de terceira idade utilizam-se, frequentemente, termos familiares (por exemplo “avô/avó”).		.449		
Item_9	As pessoas idosas são discriminadas no acesso a unidades /serviços especiais de saúde de elevado custo.	.638			
Item_10	Discriminam-se as pessoas idosas no acesso a alta tecnologia de saúde.	.747			
Item_11	As pessoas idosas são discriminadas no que concerne a indicações cirúrgicas.	.740			
Item_12	Ao serem prestados diferentes serviços de saúde a pessoas idosas demonstra-se, frequentemente, falta de respeito na forma como são tratadas.		.470		
Item_13	Discriminam-se as pessoas idosas no encaminhamento para unidades de cuidados especiais complexas (Por exemplo no encaminhamento para Unidades de Cuidados Intensivos e Unidades Coronárias).	.766			
Item_14	Na interação com pessoas idosas atribui-se mais importância aos esquecimentos e lapsos do que quando se trata de uma pessoa mais jovem.				
Item_15	Discriminam-se as pessoas idosas na aplicação estrita dos protocolos clínicos estabelecidos.	.641			
Item_16	Discriminam-se as pessoas idosas na realização de listas de espera cirúrgicas.	.783			
Item_17	Fazem-se comentários desadequados quando se faz a higiene a pessoas idosas hospitalizadas.		.600		
Item_18	As pessoas idosas são excluídas de campanhas preventivas (por exemplo: tabaco).		.618		
Item_19	Limita-se a prescrição de fármacos a pessoas idosas em função do seu custo.	.433	.434		
Item_20	Adia-se a atenção e cuidados a pessoas idosas para se atenderem pacientes mais jovens.	.479	.566		
Item_21	Quando se interage com pessoas idosas que dizem algo incoerente ou impreciso, é frequente serem retificadas com ênfase.		.678		
Item_22	É muito frequente tratarem-se as pessoas idosas com indiferença por não estarem a par dos avanços tecnológicos.		.729		
Item_23	As pessoas idosas são discriminadas nos internamentos hospitalares realizados a partir das urgências.	.729			
Item_24	Em tempos de crise, a triagem para alguns procedimentos (tais como deteção de cancro da mama, colón, próstata ou glaucoma) é habitualmente limitada em função da idade.	.673			
Item_25	As pessoas idosas são habitualmente excluídas de programas de prevenção e promoção de saúde ou sociais em áreas como a nutrição, atividade física, reabilitação, etc.		.634		
Item_26	As pessoas idosas são discriminadas porque não se lhes dá prioridade para serem atendidas num serviço de urgências hospitalares.	.473	.429		
Item_27	Ao interagir com uma pessoa idosa que diz algo incoerente ou impreciso fazem-se gestos de desaprovação ou de gozo.		.706		
Item_28	Em tempos de crise, os procedimentos de tratamento de doenças que impliquem custos elevados são habitualmente limitados em função da idade.	.701			
		Eigenvalue	5.780	4.686	2.695
		% de Variância Explicada	20.643	16.735	9.624

Nota. N = 500. O método de extracção foi a análise de componentes principais com rotação Varimax.

A matriz de componentes principais com rotação *Varimax* (ver Tabela 4) mostra-nos fatores semelhantes aos encontrados por Casado et al. (2016) no estudo original da escala, embora com uma distribuição dos itens que saturam em cada fator algo diferente e com uma percentagem da variância explicada pelos três fatores maior. Um primeiro fator faz referência à discriminação direta que exclui os idosos de tratamentos ou exames com maior custo financeiro (12 Itens: 9, 10, 11, 13, 15, 16, 19, 20, 23, 24, 26 e 28). Um segundo fator pode ser conceptualizado como uma discriminação indireta, por exemplo com o adiamento de tratamentos/exames ou a proposta de tratamentos menos completos (11 Itens: 8, 12, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 25, 26, e 27). Estes dois fatores expressam de uma forma geral uma discriminação negativa que tende a limitar os recursos disponíveis nos cuidados de saúde prestados a idosos. Finalmente, o terceiro fator (os 5 primeiros itens da escala) representa situações em que os idosos são tratados de forma inadequada, em que se usa procedimentos que não são corretamente explicados, ou em que se usa uma linguagem paternalista e de superproteção, infantilizando e desconsiderando a pessoa idosa.

Os valores de saturação dos itens 6, 7 (com saturação de .3 no terceiro fator) e do item 14 (com saturação de .2 no segundo fator) não são apresentados na Tabela 4 por serem inferiores a .4.

3.3 Percepção dos Médicos acerca da existência de *Ageism* em contexto de cuidados de saúde

Como se pode observar pela Tabela 3, a percentagem de acordo com as primeiras 6 situações (Itens 1, 2, 3, 5, 6 e 7) é superior a 60%, sendo que as primeiras 4 têm realmente uma taxa muito elevada de concordância – acima de 75% (Item 3 - “Cada vez mais se opta pelo funcionamento de serviços através da internet/on-line apesar desta via ser pouco acessível para as pessoas idosas” – 92.8%; Item 2 - “Ao conversar com pessoas idosas em serviços, centros ou lares da terceira idade, fala-se mais alto.” – 87.6%; Item 6 - “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” – 79%; e Item 1 - “Os procedimentos administrativos necessários para os idosos acederem aos diferentes serviços de saúde são, frequentemente, muito complicados” – 76.4%;). De destacar ainda que todas estas 6 situações, em que a percepção de *ageism* por parte dos médicos é maior, se relacionam com o terceiro fator identificado na escala que corresponde formas desadequadas de tratar os idosos, com um discurso paternalista ou a desconsideração da pessoa idosa.

A percentagem de acordo com as últimas 14 situações (itens 8, 11, 12, 15, 16, 17, 19, 20, 21, 22, 23, 25, 26 e 27) é inferior a 40%, sendo que as últimas quatro têm uma percentagem de concordância inferior a 20%, indicando assim situações em que o nível de *ageism* percecionado é reduzido (Item 23 - “As pessoas idosas são discriminadas nos internamentos hospitalares realizados a partir das urgências.” – 15.8%; Item 20 - “Adia-se a atenção e cuidados a pessoas idosas para se atenderem pacientes mais jovens.” – 14.4%; Item 27 - “Ao interagir com uma pessoa idosa que diz algo incoerente ou impreciso fazem-se gestos de desaprovação ou de gozo.” – 12.4%; e Item 26 - “As pessoas idosas são discriminadas porque não se lhes dá prioridade para serem atendidas num serviço de urgências hospitalares.” – 9.2%).

É também de destacar que em 5 situações (itens 4, 10, 14, 24 e 28) não se verificou uma tendência significativa de acordo ou desacordo (Item 4 - “Ao conversarmos com pessoas mais velhas falamos-lhes, frequentemente, como se fossem crianças pequenas (uso de diminutivos, tom de voz diferente) ” – 54%; Item 14 - “Na interação com pessoas idosas atribui-se mais importância aos esquecimentos e lapsos do que quando se trata de uma pessoa mais jovem.” – 53%; Item 10 - “Discriminam-se as pessoas idosas no acesso a alta tecnologia de saúde.” – 51%; Item 24 - “Em tempos de crise, os procedimentos de tratamento de doenças que impliquem custos elevados são habitualmente limitados em função da idade.” – 49%; e Item 28 - “Em tempos de crise, a triagem para alguns procedimentos (tais como deteção de cancro da mama, colón, próstata ou glaucoma) é habitualmente limitada em função da idade.” – 48%).

Tabela 5. Percentagem de acordo dos participantes em relação a cada um dos itens da Escala e teste do qui-quadrado para comparar a percentagem de acordo/desacordo com o valor médio (50%). (N= 500).

Item	Questão	% de Acordo
3	Cada vez mais se opta pelo funcionamento de serviços através da internet/on-line apesar desta via ser pouco acessível para as pessoas idosas.	93 ***
2	Ao conversar com pessoas idosas em serviços, centros ou lares da terceira idade, fala-se mais alto.	88 ***
6	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.	79 ***
1	Os procedimentos administrativos necessários para os idosos acederem aos diferentes serviços de saúde são, frequentemente, muito complicados.	76 ***
7	A pessoa idosa em situação de dependência é frequentemente tratada como se fosse um objeto (por exemplo: quando se dá banho, mobiliza ou “estaciona” à espera do elevador).	70 ***
5	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.	63 ***
4	Ao conversarmos com pessoas mais velhas falamos-lhes, frequentemente, como se fossem crianças pequenas (uso de diminutivos, tom de voz diferente).	54 ns
14	Na interação com pessoas idosas atribui-se mais importância aos esquecimentos e lapsos do que quando se trata de uma pessoa mais jovem.	53 ns
10	Discriminam-se as pessoas idosas no acesso a alta tecnologia de saúde.	51 ns
28	Em tempos de crise, os procedimentos de tratamento de doenças que impliquem custos elevados são habitualmente limitados em função da idade.	49 ns
24	Em tempos de crise, a triagem para alguns procedimentos (tais como deteção de cancro da mama, colón, próstata ou glaucoma) é habitualmente limitada em função da idade.	48 ns
13	Discriminam-se as pessoas idosas no encaminhamento para unidades de cuidados especiais complexas (Por exemplo no encaminhamento para Unidades de Cuidados Intensivos e Unidades Coronárias).	44 *
18	As pessoas idosas são excluídas de campanhas preventivas (por exemplo: tabaco).	43 **
9	As pessoas idosas são discriminadas no acesso a unidades /serviços especiais de saúde de elevado custo.	42 **
11	As pessoas idosas são discriminadas no que concerne a indicações cirúrgicas.	39 ***
8	Ao falar com e sobre as pessoas idosas em centros ou lares de terceira idade utilizam-se, frequentemente, termos familiares (por exemplo “avô/avó”).	37 ***
25	As pessoas idosas são habitualmente excluídas de programas de prevenção e promoção de saúde ou sociais em áreas como a nutrição, atividade física, reabilitação, etc.	31 ***
17	Fazem-se comentários desadequados quando se faz a higiene a pessoas idosas hospitalizadas.	30 ***
15	Discriminam-se as pessoas idosas na aplicação estrita dos protocolos clínicos estabelecidos.	28 ***
21	Quando se interage com pessoas idosas que dizem algo incoerente ou impreciso, é frequente serem retificadas com ênfase.	26 ***
12	Ao serem prestados diferentes serviços de saúde a pessoas idosas demonstra-se, frequentemente, falta de respeito na forma como são tratadas.	25 ***
16	Discriminam-se as pessoas idosas na realização de listas de espera cirúrgicas.	23 ***
22	É muito frequente tratarem-se as pessoas idosas com indiferença por não estarem a par dos avanços tecnológicos.	22 ***
19	Limita-se a prescrição de fármacos a pessoas idosas em função do seu custo.	22 ***
23	As pessoas idosas são discriminadas nos internamentos hospitalares realizados a partir das urgências.	16 ***
20	Adia-se a atenção e cuidados a pessoas idosas para se atenderem pacientes mais jovens.	14 ***
27	Ao interagir com uma pessoa idosa que diz algo incoerente ou impreciso fazem-se gestos de desaprovação ou de gozo.	12 ***
26	As pessoas idosas são discriminadas porque não se lhes dá prioridade para serem atendidas num serviço de urgências hospitalares.	9 ***

Nota: ns - Valor de significância ($p \geq .05$ - não-significativo; * - $p < .05$; ** - $p \leq .001$; *** - $p < .0001$;

3.4 Análise Correlacional

Para analisar a existência de uma associação entre a maior ou menor percepção de *ageism* em cuidados de saúde e as variáveis de caracterização da amostra que podem ter contribuído para essa percepção, foram analisadas possíveis correlações entre todas as variáveis de caracterização da amostra e as variáveis da Escala de Percepção de *Ageism* em Cuidados de Saúde (i.e., cada um dos 28 itens, valor total, e item extra relativo ao efeito da Pandemia COVID-19 no nível de *ageism* presente em contexto de cuidados de saúde). A idade cronológica dos médicos correlacionou-se positivamente de forma significativa e pequena com três itens da escala: item 6 – “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” ($rpb = .148, p = .001$); item 8 – “Ao falar com e sobre as pessoas idosas em centros ou lares de terceira idade utilizam-se, frequentemente, termos familiares (por exemplo “avô/avó”)” ($rpb = .178, p < .001$) e item 18 – “As pessoas idosas são excluídas de campanhas preventivas (por exemplo: tabaco)” ($rpb = .120, p = .007$), sugerindo que os médicos mais velhos parecem reportar uma maior percepção de *ageism* nas situações descritas nestes itens. A variável género correlacionou-se de forma significativa e pequena com o item 10 – “Discriminam-se as pessoas idosas no acesso a alta tecnologia de saúde.” ($C = .114, p = .011$), sugerindo a existência de pequenas diferenças entre homens e mulheres na percepção de *ageism* nesta situação. O Total da Escala de Percepção de *Ageism* correlacionou-se positivamente de forma significativa e pequena com os médicos terem formação prévia em geriatria ($rpb = .108, p = .016$) e com o fato destes médicos terem idosos como pessoas próximas (amigos ou familiares) ($rpb = .109, p = .022$). Ter idosos próximos correlacionou-se ainda de forma significativa e pequena com o item 18 da escala – “As pessoas idosas são excluídas de campanhas preventivas (por exemplo: tabaco)” ($C = .103, p = .021$), sendo que nestas situações o ter pessoas próximas já idosas parece influenciar a percepção de *ageism* reportada. A formação prévia dos médicos em geriatria correlacionou-se de forma significativa e pequena com quatro dos itens da escala: item 12 – “Ao serem prestados diferentes serviços de saúde a pessoas idosas demonstra-se, frequentemente, falta de respeito na forma como são tratadas.” ($C = .126, p = .005$); item 17 – “Fazem-se comentários desadequados quando se faz a higiene a pessoas idosas hospitalizadas.” ($C = .132, p = .003$), item 18 – “As pessoas idosas são excluídas de campanhas preventivas (por exemplo: tabaco).” ($C = .123, p = .021$); e item 27 – “Ao interagir com uma pessoa idosa que diz algo incoerente ou impreciso fazem-se gestos de desaprovação ou de gozo.” ($C = .123, p = .006$).

3.5 Percepção do Impacto da pandemia por COVID-19 no *Ageism*

Tal como se pode ver na Figura 3, de todos os médicos, 44,8% afirmaram ter percecionado um aumento do *ageism* neste contexto, ao passo que 51,8% referiram uma manutenção do mesmo. Apenas 3,4% dos médicos referiram ter percecionado uma diminuição do *ageism* neste contexto de Pandemia por COVID-19.

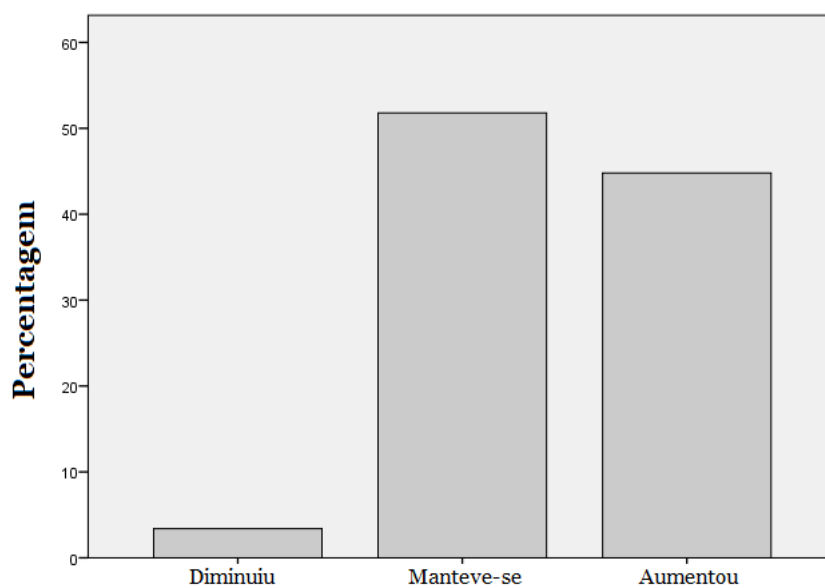


Figura 3. Percepção de diminuição/manutenção/aumento de *ageism* durante a pandemia por COVID-19 (N=500).

4. Discussão e Conclusões

A adaptação da Escala de Perceção de *Ageism* em Cuidados de Saúde desenvolvida no âmbito deste estudo apresenta boas características psicométricas, o que indica que avalia aquilo que se propõe medir – a perceção de *ageism* nos cuidados de saúde prestados aos mais velhos. Assim, pode dizer-se que se trata de um instrumento que pode ser aplicado aos médicos portugueses para avaliar esta dimensão de uma forma mais generalizada, para fins práticos e/ou para se aprofundar a investigação sobre *ageism* em contexto de saúde em Portugal.

A estrutura fatorial encontrada é muito semelhante à encontrada no artigo original de Casado et al. (2016) (37), tendo agrupado os 28 itens em 3 fatores principais. O primeiro fator reporta à discriminação direta, que exclui os idosos de tratamentos ou exames com maior custo financeiro, e o segundo é referente à discriminação indireta, como o adiamento de tratamentos/exames ou a proposta de tratamentos menos completos. Ambos pretendem avaliar situações evidenciadas por estudos anteriores que encontraram disparidades com base na idade nos procedimentos de diagnóstico, bem como nos tipos de tratamento oferecidos aos pacientes idosos (42–46). Estes incluem áreas como a cardiologia (um quarto dos médicos não encaminha os pacientes para a colocação de cardioversor desfibrilador implantável como prevenção primária apenas devido à sua idade, apesar das diretrizes internacionais não fazerem referência à mesma, comprometendo o aumento da sobrevivência destes pacientes) (42,43). Também na área da oncologia estudos constataam que pacientes idosos com um quadro clínico semelhante ao de doentes mais novos são menos recomendados para quimioterapia, menos incluídos em ensaios clínicos, e a intensidade dos tratamentos que lhes são propostos é menor (44,45). Mulheres mais velhas com cancro da mama (40% dos casos têm mais de 70 anos) têm menos acesso a testes de rastreio, mais probabilidade de que lhes seja recomendada mastectomia radical modificada em vez de conservação mamária, e são menos recomendadas para procedimentos de reconstrução mamária após mastectomia (47–49). Também os pacientes idosos com cancro do pulmão são menos encaminhados para cirurgia, apesar das evidências clínicas de que os resultados da recuperação pós-operatória podem não estar relacionados com a idade (50). Adicionalmente, no tratamento de acidente vascular cerebral (AVC), pacientes idosos têm menos probabilidade de serem enviados para unidades especializadas de AVC e de terem acesso a exames de imagem de forma urgente; para além de que nestes é dada menos atenção à prevenção secundária (46). A perceção de *ageism* constatada por médicos neste estudo sugere um nível de *ageism* mais baixo nestas situações em Portugal.

Quanto ao terceiro fator encontrado na versão da escala desenvolvida neste estudo, este refere-se a situações em que os idosos são tratados de forma inadequada, sendo submetidos a procedimentos que não lhes são corretamente explicados, usando-se uma linguagem paternalista e de superproteção, infantilizando-os e desconsiderando-os. Na maior parte dos itens deste fator foi reportado uma maior percepção de *ageism* por parte dos médicos. Este tipo de *ageism* foi também encontrado noutros estudos. De facto, é comum a utilização de comunicação paternalista entre profissionais de saúde e pacientes idosos (51), constatando-se que, por exemplo, no caso do paciente idoso se encontrar acompanhado por familiares mais novos, o médico tender a "ignorar" o paciente mais velho, abordando os membros mais jovens da família, tomando decisões clínicas sem uma participação significativa do idoso (15,52). Estas atitudes têm consequências negativas para a qualidade de vida, autoestima e saúde dos utentes (51,53), podendo estar relacionadas com a crescente infantilização e "medicalização" da velhice, associada a estereótipos de idade negativos (54). Estas atitudes podem, inclusivamente, violar os direitos das pessoas idosas em relação a decisões relativas à sua saúde e tratamentos médicos.

A análise das respostas dos médicos neste estudo revela uma maior percepção de *ageism* nos cuidados de saúde portugueses em apenas 6 dos 28 itens da escala. É também de realçar que, no global, a percentagem de acordo reportada por parte dos médicos portugueses em cada um dos itens é menor do que a que foi reportada pelos profissionais de saúde espanhóis no estudo original da escala (37). Esta diferença poderá ter a ver com diferenças culturais e nas políticas de saúde e organização dos serviços. Contudo, poderá também estar relacionada com o facto da amostra do estudo em Espanha serem profissionais da área da geriatria e gerontologia (membros da sociedade Espanhola de Geriatria e Gerontologia), o que os pode tornar mais críticos e atentos em relação às situações de *ageism*. Aliás, nesta linha, no presente estudo, o total da Escala de Percepção de *Ageism* apresentou uma correlação positiva com o facto de os médicos terem formação prévia em Geriatria - o que poderá evidenciar que a formação pode aumentar a deteção e visão crítica de situações de discriminação baseada na idade em relação aos mais velhos, levando também a uma maior sensibilização para esta temática.

São vários os estudos que demonstram que entre as principais estratégias para a redução de *ageism* estão a formação específica na área e o contacto próximo com pessoas idosas (55), o que explica, também, a correlação positiva entre o total de percepção de *ageism* constatada neste estudo e os médicos terem idosos como pessoas próximas (amigos ou familiares). Assim, o contacto e interações interpessoais com

pessoas mais velhas também poderá tornar os médicos mais atentos e críticos em relação a situações de *ageism* relacionadas com cuidados de saúde.

Destaca-se ainda, no âmbito dos resultados deste estudo, o facto de a pandemia por COVID-19 poder ter agravado a situação do *ageism*. A esmagadora maioria dos médicos inquiridos (96,6%) consideraram que o *ageism* se manteve ou aumentou durante este período, o que poderá ser um outro elemento de alerta na medida em que, em situação de crise sanitária, é ainda mais importante uma resposta adequada às necessidades dos idosos. Tendo isto em conta, é necessário identificar e comunicar situações em que uma discriminação com base apenas na idade possa estar a ocorrer e implementar medidas que impeçam esta forma de discriminação e violação de direitos das pessoas mais velhas em cuidados de saúde.

Tendo em conta os resultados desta investigação, é premente perceber as razões subjacentes ao fenómeno de *ageism* no contexto de cuidados de saúde. Podem considerar-se duas das teorias explicativas do *ageism* nos profissionais de saúde: a *Teoria da Abordagem Funcional* (56), que refere que o *ageism* é importante para a tomada de decisão clínica (permitindo uma categorização rápida e a identificação de um grupo social) e a teoria “*Terror Management of Greenberg*” (57), que considera o *ageism* uma forma do profissional se dissociar da ideia da sua própria morte. Neste sentido, a tendência e atitudes de *ageism* podem ser explicadas como uma forma mais rápida de encaminhamento e resolução de clínicas, necessidade advinda do elevado rácio de doentes por médico e reduzido tempo de consultas, e como estratégia de coping do médico para evitar confrontar-se com o seu próprio envelhecimento.

Neste âmbito, é importante considerar a frequente dificuldade em distinguir preconceitos inapropriados e discriminatórios baseados na idade e decisões prudentes e cuidadosamente fundamentadas por parte dos clínicos em relação aos doentes idosos (58–60). Um exemplo disso são os exames de rastreio de neoplasias. Embora estes possam beneficiar alguns idosos com boa saúde, naqueles com expectativa de vida limitada poderão também causar sofrimento e desconforto desnecessários, para além de poderem existir complicações relacionadas com a realização do procedimento (58,61). As diretrizes existentes apontam no sentido de uma decisão individualizada na abordagem do idoso, onde são pesados os riscos e benefícios da realização desses exames, e também a quantidade e a qualidade de vida expectável (61). No entanto, quando os médicos não têm certeza da proporção entre o risco e benefício dos rastreios, tomar uma decisão pode ser um desafio (60). Assim, é necessário discernir o que é que em termos clínicos pode ser uma consequência de *ageism* ou não para, efetivamente, se

identificarem e promoveram práticas clínicas isentas de *ageism*, que respeitem os direitos das pessoas em todas as faixas etárias e que sejam dignificantes para as pessoas mais velhas.

Este estudo apresenta como potencialidades o facto de se debruçar sobre uma temática que ainda não tinha sido investigada com médicos portugueses. Destaca-se também o elevado número de participantes no estudo e o facto de uma parte significativa das especialidades estarem representadas (e de acordo com as proporções de especialistas que encontramos em Portugal). Esta investigação pode e deve contribuir para alertar os profissionais de saúde para esta temática e para a sua importância, para que possa existir uma prestação de cuidados digna e justa aos idosos. O facto deste estudo ter sido desenvolvido durante a pandemia por COVID-19 pode constituir uma limitação e uma potencialidade. Por um lado, aumentou a relevância do estudo, na medida em que permitiu analisar a percepção num contexto de urgência sanitária. Por outro lado, as respostas podem não retratar a percepção de *ageism* no contexto português habitual.

Quanto às limitações do estudo, uma delas foi o facto do questionário adaptado neste estudo ter sido desenvolvido originalmente para a população espanhola, podendo alguns itens não se ajustar completamente à realidade portuguesa, apesar do criterioso processo de tradução, retroversão e adaptação do instrumento (que procurou colmatar esta limitação). O facto de a escala ser dicotómica (Sim ou Não) e não tipo *likert* (e.g., de 1 a 7 defina o nível de *ageism* percecionado) limitou algumas análises estatísticas e poderia ter permitido uma análise mais fina do nível de *ageism* percecionado em cada uma das situações apresentadas na escala. De futuro, e tendo em conta a importância da distinção dos três tipos de *ageism* medidos pela escala, será importante ter em consideração pontuações totais para cada um dos fatores da escala e não apenas o resultado total na escala.

Como implicações deste estudo, destaca-se o facto de o estudo desta temática permitir uma maior equidade em termos de contexto de saúde independentemente da idade dos utentes. Para uma compreensão mais completa do fenómeno de *ageism* no contexto de saúde, será necessário conhecer a perspetiva de outros profissionais de saúde (e.g., enfermeiros, psicólogos) e a visão dos próprios pacientes idosos. Porém, estes resultados, por si só, alertam para a necessidade de repensar e reequacionar determinadas práticas, de forma a garantir que os mais velhos não são discriminados em contexto de saúde, nomeadamente neste contexto de pandemia que vivemos. Será também importante garantir o investimento na formação dos médicos em geriatria e gerontologia, reforçando a ideia expressa na lei de bases da saúde de 2019 que refere

que o Serviço Nacional de Saúde pauta a sua atenção pela “equidade, promovendo a correção dos efeitos das desigualdades no acesso aos cuidados, dando particular atenção às necessidades dos grupos vulneráveis” (62, p.61).

Em suma, a escala aplicada está em condições de ser usada de uma forma mais generalizada com médicos portugueses e outros profissionais de saúde. No global, os resultados indicam que são necessários esforços no sentido de combater práticas que refletem *ageism*, nomeadamente com uma maior sensibilização para a temática, uma procura mais ativa das situações em que tal se possa verificar e um investimento em formação em geriatria e gerontologia como medida de redução do *ageism* nos cuidados de saúde em Portugal.

Bibliografia

1. World Health Organization. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. 2005. 62 p.
2. PORDATA - Indicadores de envelhecimento [Internet]. [cited 2020 Sep 23]. Available from: <https://www.pordata.pt/Portugal/Indicadores+de+envelhecimento-526>
3. PORDATA - Esperança de vida à nascença: total e por sexo [Internet]. [cited 2020 Sep 23]. Available from: <https://www.pordata.pt/Europa/Esperança+de+vida+à+nascença+total+e+por+sexo-1260>
4. WHO | Ageism [Internet]. [cited 2020 Sep 23]. Available from: <https://www.who.int/ageing/ageism/en/?fbclid=IwARosK8hv5V7-wxrXK8eDvx7JAxS-NwdCLx4YWgBYEXILxOOB8W-jQd3IFw8>
5. Marques S, Mariano J, Mendonça J, De Tavernier W, Hess M, Naegele L, et al. Determinants of ageism against older adults: A systematic review. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(7).
6. Iversen TN, Larsen L, Solem PE. A conceptual analysis of ageism. *Nord Psychol*. 2009;61(3):4–22.
7. Birrell F, Lohmander S. Ageism in services for transient ischaemic attack and stroke. *Br Med J*. 2006;333(7567):507–8.
8. Görög Á, Balassi E, Vácsi T, Rios-Zertuche D, Zúñiga-Brenes P, Palmisano E, et al. Quality in and Equality of Access To Healthcare Services. *Rev Salud Publica*. 2017;30(5):101–7.
9. Quintal C, Lourenço Ó, Ferreira P. Utilização de cuidados de saúde pela população idosa portuguesa: Uma análise por género e classes latentes. *Rev Port Saude Publica*. 2012;30(1):35–46.
10. Fisher KL. Healthcare Utilization. *Encycl Gerontol Popul Aging*. 2019;1–6.
11. Ben-Harush A, Shiovitz-Ezra S, Doron I, Alon S, Leibovitz A, Golander H, et al. Ageism among physicians, nurses, and social workers: findings from a qualitative study. *Eur J Ageing*. 2017;14(1):39–48.
12. Abdou CM, Fingerhut AW, Jackson JS, Wheaton F. Healthcare Stereotype Threat in Older Adults in the Health and Retirement Study. *Am J Prev Med*. 2016;50(2):191–8.

13. Gunderson A, Tomkowiak J, Menachemi N, Brooks R. Rural physicians' attitudes toward the elderly: evidence of ageism? *Qual Manag Health Care*. 2005;14(3):167–76.
14. Rogers SE, Thrasher AD, Miao Y, Boscardin WJ, Smith AK. Discrimination in Healthcare Settings is Associated with Disability in Older Adults: Health and Retirement Study, 2008–2012. *J Gen Intern Med*. 2015;30(10):1413–20.
15. Adelman RD, Greene MG, Ory MG. Communication between older patients and their physicians. *Clin Geriatr Med*. 2000;16(1):1–24.
16. Levy BR. Eradication of ageism requires addressing the enemy within. *Gerontologist*. 2001;41(5):578–80.
17. Levy BR, Hausdorff JM, Hencke R, Wei JY. Reducing cardiovascular stress with positive self- stereotypes of aging. *Journals Gerontol - Ser B Psychol Sci Soc Sci*. 2000;55(4):205–13.
18. Makris UE, Higashi RT, Marks EG, Fraenkel L, Sale JEM, Gill TM, et al. Ageism, negative attitudes, and competing co-morbidities - Why older adults may not seek care for restricting back pain: A qualitative study. *BMC Geriatr*. 2015;15(1):1–9.
19. Walters K, Iliffe S, Orrell M. An exploration of help-seeking behaviour in older people with unmet needs. *Fam Pract*. 2001;18(3):277–82.
20. Brooke J, Jackson D. Older people and COVID-19: Isolation, risk and ageism. *J Clin Nurs*. 2020;29(13–14):2044–6.
21. United Nations. Policy Brief : The Impact of COVID-19 on older persons. United Nations Sustain Dev Gr. 2020;(May):1–16.
22. Drury L, Abrams D, Swift HJ. Making intergenerational connections: What are they, why do they matter and how to make more of them. 2017. 74 p.
23. Mallapaty S. The coronavirus is most deadly if you are older and male - new data reveal the risks. *Nature*. 2020;585(7823):16–7.
24. Setiati S, Harimurti K, Safitri ED, Ranakusuma RW, Saldi SRF, Azwar MK, et al. Risk factors and laboratory test results associated with severe illness and mortality in COVID-19 patients: A systematic review. *Acta Med Indones*. 2020;52(3):227–45.
25. Xu L, Mao Y, Chen G. Risk factors for 2019 novel coronavirus disease (COVID-19) patients progressing to critical illness: A systematic review and meta-analysis. *Aging (Albany NY)*. 2020;12(12):12410–21.

26. Covid-19 | Medidas estado de emergência [Internet]. 2020 [cited 2020 Sep 25]. p. 19–21. Available from: <https://www.sns.gov.pt/noticias/2020/03/20/covid-19-medidas-estado-de-emergencia/>
27. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) - Older Adults [Internet]. Centers for Disease Control and Prevention. 2020. Available from: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/older-adults.html>
28. Stokes JE, Patterson SE. Intergenerational Relationships, Family Caregiving Policy, and COVID-19 in the United States. *J Aging Soc Policy*. 2020;32(4–5):416–24.
29. Fateh-Moghadam P, Battisti L, Molinaro S, Fontanari S, Dallago G, Binkin N, et al. Contact tracing during Phase I of the COVID-19 pandemic in the Province of Trento, Italy: key findings and recommendations. *medRxiv*. 2020;2020.07.16.20127357.
30. Direção Geral da Saúde - Preciso de um médico. E agora? - COVID-19 [Internet]. [cited 2020 Sep 24]. Available from: <https://covid19.min-saude.pt/preciso-de-um-medico-e-agora/>
31. Cesari M, Proietti M. COVID-19 in Italy: Ageism and Decision Making in a Pandemic. *J Am Med Dir Assoc*. 2020;21(5):576–7.
32. AGE Platform Europe. AGE Platform Europe Position on Structural Ageism. 2016;(April):7.
33. Shaw AB. In defence of ageism. *J Med Ethics*. 1995;21(2):117–8.
34. Weil J. Pandemic Place : Assessing Domains of the Person- Place Fit Measure for Older Adults (PPFM-OA) during COVID-19. *J Aging Soc Policy*. 2020;00(00):1–10.
35. Figueira Costa AP, Machado dos Santos P. As imagens do envelhecimento e as práticas idadistas em cuidados de saúde primários: implicações na actividade física dos idosos. *Int J Dev Educ Psychol Rev INFAD Psicol*. 2014;1:161–70.
36. Soares JSM, Ferreira-Alves J. Crenças Baseadas Na Idade Em Profissionais de Saúde. Universidade do Porto; 2014.
37. Ribera Casado JM, Bustillos A, Guerra Vaquero AI, Huici Casal C, Fernández-Ballesteros R. ¿Se discrimina a los mayores en función de su edad? Visión del profesional. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2016;51(5):270–5.
38. Kline RB. Principles and practice of structural equation modeling. NY: Guilford

- publications; 2015.
39. Lorenzo-Sava U, Ferrando PJ. POLYMAT-C: A comprehensive SPSS program for computing the polychoric correlation matrix. *Methods. BR*, editor. 2015. 884–889 p.
 40. Tabachnick BG, Fidell LS. *Using Multivariate Statistics*. 5th ed. Boston: Allyn and Bacon.; 2007.
 41. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. New York (NY): Academic Press.; 1988.
 42. Hawkins NM, Osmanska J, Petrie MC. Implantable cardioverter-defibrillators and survival – the fine line between efficacy concerns and ageism. *Eur J Heart Fail*. 2020;22(5):868–70.
 43. Bowling A. Honour your father and mother: Ageism in medicine. *Br J Gen Pract*. 2007;57(538):347–8.
 44. Schroyen S, Adam S, Jerusalem G, Missotten P. Ageism and its clinical impact in oncogeriatry: State of knowledge and therapeutic leads. *Clin Interv Aging*. 2014;10:117–25.
 45. Kagan SH. Ageism in Cancer Care. *Semin Oncol Nurs*. 2008;24(4):246–53.
 46. Rudd AG, Hoffman A, Down C, Pearson M, Lowe D. Access to stroke care in England, Wales and Northern Ireland: The effect of age, gender and weekend admission. *Age Ageing*. 2007;36(3):247–55.
 47. Madan AK, Aliabadi-Wahle S, Beech DJ. Ageism in medical students’ treatment recommendations: The example of breast-conserving procedures. *Acad Med*. 2001;76(3):282–4.
 48. Eugene H, Rosemary M, Debra K, Branwell S. Breast examinations in older women: questionnaire survey of attitudes of patients and doctors. *Br Med J*. 1997;315(7115):1059.
 49. Schroyen S, Adam S, Jerusalem G, Missotten P. Ageism and its clinical impact in oncogeriatry: State of knowledge and therapeutic leads. *Clin Interv Aging*. 2014;10:117–25.
 50. Peake MD, Thompson S, Lowe D, Pearson MG. Ageism in the management of lung cancer. *Age Ageing*. 2003;32(2):171–7.
 51. Ambady N, Koo J, Rosenthal R, Winograd CH. Physical therapists’ nonverbal communication predicts geriatric patients’ health outcomes. *Psychol Aging*. 2002;17(3):443–52.

52. Ben-Harush A, Shiovitz-Ezra S, Doron I, Alon S, Leibovitz A, Golander H, et al. Ageism among physicians, nurses, and social workers: findings from a qualitative study. *Eur J Ageing*. 2017;14(1):39–48.
53. Nussbaum JF, Pitts MJ, Huber FN, Raup Krieger JL, Ohs JE. Ageism and ageist language across the life span: Intimate relationships and non-intimate interactions. *J Soc Issues*. 2005;61(2):287–305.
54. Ng R, Allore HG, Trentalange M, Monin JK, Levy BR. Increasing negativity of age stereotypes across 200 years: Evidence from a database of 400 million words. *PLoS One*. 2015;10(2):10–5.
55. Lytle A, Levy SR. Reducing ageism: Education about aging and extended contact with older adults. *Gerontologist*. 2019;59(3):580–8.
56. Snyder M, Miene PK. Stereotyping of the elderly: A functional approach. *Br J Soc Psychol*. 1994;33(1):63–82.
57. Greenberg J, Solomon S, Pyszczynski T. Terror Management Theory of Self-Esteem and Cultural Worldviews: Empirical Assessments and Conceptual Refinements. *Adv Exp Soc Psychol*. 1997;29(C):61–139.
58. Breslau ES, Gorin SS, Edwards HM, Schonberg MA, Saiontz N, Walter LC. An Individualized Approach to Cancer Screening Decisions in Older Adults: A Multilevel Framework. *J Gen Intern Med*. 2016;31(5):539–47.
59. Wyman MF, Shiovitz-Ezra S, Bengel J. Ageism in the Health Care System: Providers, Patients, and Systems. 2018. 193–212 p.
60. Eckstrom E, Feeny DH, Walter LC, Perdue LA, Whitlock EP. Individualizing cancer screening in older adults: A narrative review and framework for future research. *J Gen Intern Med*. 2013;28(2):292–8.
61. Witham MD, McMurdo MET. How to get older people included in clinical studies. *Drugs and Aging*. 2007;24(3):187–96.
62. Assembleia da República. Lei n.º 95/2019 de 4 de setembro. Diário da República nº 169/2019, Série I 2019-09-04. 2019;55–66.