



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

PRICILA OLIVEIRA DE ARAÚJO

**AGEÍSMO DIRECIONADO A PESSOAS IDOSAS EM SERVIÇOS DE SAÚDE:
DESENVOLVIMENTO DO CONCEITO**

FEIRA DE SANTANA

2023

PRICILA OLIVEIRA DE ARAÚJO

**AGEÍSMO DIRECIONADO A PESSOAS IDOSAS EM SERVIÇOS DE SAÚDE:
DESENVOLVIMENTO DO CONCEITO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), como requisito final para obtenção do grau de doutora.

Área de concentração: Saúde Coletiva.

Linha de pesquisa: Saúde de Grupos Populacionais Específicos.

Orientadora: Profa. Dra. Evanilda Souza de Santana Carvalho

FEIRA DE SANTANA

2023

Ficha Catalográfica – Biblioteca Central Julieta Carteado

A69a Araújo, Pricila Oliveira de
Ageísmo direcionado a pessoas idosas em serviços de saúde:
desenvolvimento do conceito / Pricila Oliveira de Araújo. –, 2023.
235.: il.

Orientadora: Evanilda Souza de Santana Carvalho
Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Feira de Santana,
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2023.

1. Ageísmo - Pessoas idosas. 2. Ageísmo - Formação de conceito. 3.
Serviços de Saúde. I. Carvalho, Evanilda Souza de Santana, orient. II.
Universidade Estadual de Feira de Santana. III. Título.

CDU: 614

Tatiane Souza Santos - Bibliotecária CRB5/1634

PRICILA OLIVEIRA DE ARAÚJO

AGEÍSMO DIRECIONADO A PESSOAS IDOSAS EM SERVIÇOS DE SAÚDE: DESENVOLVIMENTO DO CONCEITO

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), como requisito final para obtenção do grau de doutora. Área de concentração: Saúde Coletiva. Linha de pesquisa: Saúde de Grupos Populacionais Específicos.

BANCA EXAMINADORA



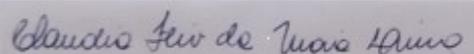
Profª. Dra. Evanilda Souza de Santana Carvalho (UEFS)



Profª. Dra. Elena Casado Aparicio (Universidad Complutense de Madrid)



Prof. Dr. Nuno Damácio de Carvalho Félix (UFRB)



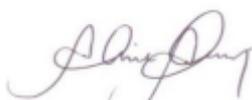
Profª. Dra. Claudia Feio da Maia Lima (UFRB)



Profª. Dra. Maria Lúcia Silva Servo (UEFS)



Profª. Dra. Keylla Talitha Fernandes Barbosa (Centro Universitário João Pessoa)



Profª. Dra. Aline Mota de Almeida (UEFS)

*À Profa. Dra. Maria Lúcia Silva Servo,
por me apresentar, ainda na graduação,
o mundo da pesquisa e por nunca mais
parar de me incentivar. Dedico.*

UM POEMA DE GRATIDÃO

Neste dia especial
Agradecer é essencial
Pois guardo no coração
Gratidão e gratidão,
Pelas lutas e vitórias,
Amizades e parcerias,
Erros e acertos,
Conhecimento e ação.

Juntamente com a pandemia
Iniciava-se o doutorado
Em meio a tanta agonia
Estudo e trabalho
Isolamento e medo.
Mas diante de tudo isso
Deus me sustentou com amor e
aconchego
E a certeza de que em um dia, tudo
aquilo passaria.

A Deus eu rendo Glória
E agradeço por esta vitória
Vitória que não é só minha
Mas de tanta gente que faz parte dessa
história.

Eu agora vou nomear
E a algumas vou agradecer
Mas tantas outras pessoas não ditas aqui
Nunca, nunca vou esquecer.

Obrigada minha UEFS
Por ser minha casa desde sempre.
Obrigada PPGSC
Por me acolher e me fazer discente.

Obrigada à Coordenação de
Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível
Superior (CAPES) por incentivar a
pesquisa científica de qualidade.

Encontros felizes eu vivi
O caminho mais leve se tornou
Muito conhecimento obtive
E muita amizade se solidificou.

Uma homenagem merecida,
Para quem muito me auxiliou
Me orientou na tese e na vida
Muito conhecimento e experiência me
passou.

Me ensinou muito mais do que pesquisa
Me mostrou com seu exemplo,
Que além do saber acadêmico,
É preciso ser criativo e autêntico.

Me ensinou que a academia
Também rima com parceria,
Amizade com solidariedade
Acolhimento com zelo
E que se pode ter produtividade
Sem perder a qualidade.

Estou falando da Professora Eva,
Você foi peça chave nessa jornada
Da motivação e da alegria
Que eu não sabia que viveria.

Agradeço a Deus por sua existência,
Que você continue sendo resistência
Oportunizando a outros alunos e alunas
A viver essa experiência. Obrigada.

À minha família devo agradecer
Portanto me compreender
A Thiago, Elisa e Mariana
Obrigada por serem esperança.
De vocês vem o motivo dessa busca
Vocês são os meios e o fim.
Muito obrigada por confiarem em mim.

Mais uma pessoa devo citar,
Pois Deus, a quem pouco tem,
Muito Ele dá.
Me deu uma relíquia em forma de
pessoa para comigo andar.
Com Zannety não falta solidariedade
Irmandade e amorosidade
E do doutorado nasceu uma linda
amizade.

E de múltiplas mãos é feita esta tese
De múltiplos olhares e colaboração
Agradeço a esta banca maravilhosa por
me dedicarem tempo e atenção.

Da Bahia a Minas Gerais, Chile, Madrid
e outras mais.

Do ditado, o caminho se faz ao
caminhar

Eu acrescento: o caminho se faz COM
QUEM caminhar.

Obrigada ao grupo COGITARE, às
pessoas idosas e aos profissionais de
saúde.

Obrigada aos amigos e colegas docentes
da UEFS.

Obrigada aos colegas de componente
Yaná, Selton e Thais.

E agora vou encerrar, com o coração
leve e feliz.

Outros planos vêm agora
Para concretizar muito do que já fiz.

E parafraseando uma canção do poeta:
*“No meu caminho fiz ser ouro a minha
estrada. No meu mundo não tem fadas
Mas a mão de Deus me alcança.*

*Quem me dera pudesse compreender
Os segredos e mistérios dessa vida
Esses arranjos de chegadas e partidas
Essa trama de pessoas que se
encontram
Se entrelaçam.*

E misturadas ganham outra direção.

*Quem me dera pudesse responder
Quem sou eu nessa mistura tão bonita
Tantos outros, sou da vida um Zé da
Silva.*

*Trago em mim as falas dessa multidão
Quem me dera pudesse compreender”.*

Muito obrigada!

RESUMO

ARAÚJO, Pricila Oliveira de. **Ageísmo direcionado a pessoas idosas em serviços de na saúde: desenvolvimento do conceito**. 2023. 233 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2023.

Introdução: O ageísmo é constituído de estereótipos relacionados às pessoas mais velhas, ao envelhecimento e à velhice, ao negligenciarmos as diferenças físicas, psíquicas, biológicas e culturais. **Objetivo:** Desenvolver o conceito de ageísmo direcionado a pessoas idosas em serviços de saúde. **Metodologia:** O desenvolvimento do conceito foi realizado a partir do modelo híbrido de Schwartz-Barcott e Kim (2000) que possui três fases: teórica, na qual foi realizada identificação dos atributos, antecedentes e consequentes do conceito por meio de uma revisão de escopo realizada em 14 bases de dados e que gerou um total de 41 artigos científicos; empírica, em que foram entrevistados 14 profissionais de saúde e 13 pessoas idosas em serviços de saúde de Feira de Santana-Ba e na Universidade Aberta à Terceira Idade; fase final, em que houve a integração das fases teórica e empírica. Todos os aspectos éticos da pesquisa foram observados. A análise de dados foi realizada mediante análise temática reflexiva de Braun e Clark (2019). A fase analítica gerou confronto entre a fase teórica e empírica de forma a desenvolver o conceito. **Resultados e discussão:** Os antecedentes foram: culturas, conhecimento científico insuficiente, escassez de evidência científica, sobrecarga de trabalho, inexperiência no convívio com pessoas idosas e falta de empatia; Os atributos: estereótipos e preconceitos; rotulação; desrespeito à autonomia; infantilização; desrespeito à privacidade e dignidade; descrédito das queixas, habilidades e capacidades; violação de direitos, comunicação inadequada. Os consequentes para as pessoas idosas: discriminações de idade; desconfiança nos serviços de saúde; não adesão às condutas terapêuticas; impacto na qualidade de vida; sentimentos negativos e adoecimento mental; desesperança e impaciência. Para os profissionais da saúde: falta de interesse em atuar na área da geriatria e gerontologia e impaciência. Para os familiares: hipervigília, assimilação do cuidado e sentimentos negativos. **Considerações finais:** O ageísmo direcionado a pessoas idosas em serviços de saúde envolve imagens e atitudes baseadas em estereótipos e preconceitos de idade, rotulação, desrespeito à autonomia, privacidade e dignidade, desvalorização das queixas, habilidades e capacidades, por meio de comunicação inadequada e infantilização. É causado pela cultura de depreciação das pessoas idosas, insuficiência de conhecimento e evidência científica, sobrecarga de trabalho, falta de empatia e qualidade ruim do convívio com pessoas idosas, cujas consequências geram práticas discriminatórias, de descuido e de abreviação da vida, além de violação de direitos, sentimentos negativos, adoecimento mental e desconfiança nos serviços de saúde.

Descritores: Ageísmo; Pessoas Idosas; Serviços de Saúde; Formação de Conceito.

ABSTRACT

ARAÚJO, Pricila Oliveira de. **Ageism directed towards elderly people in health services: A concept development.** 2023. 233 f. Thesis (Doctorate in Nursing) – Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2023.

Introduction: Ageism is made up of stereotypes related to older people, aging and old age when we neglect physical, psychological, biological and cultural differences.

Objective: To develop the concept of ageism aimed at older people in health services.

Introduction: Ageism is made up of stereotypes related to older people, aging and old age when we neglect physical, psychological, biological and cultural differences. **Objective:** To develop the concept of ageism aimed at older people in health services.

Methodology: The concept development was carried out from the hybrid model of Schwartz-Barcott and Kim (2000) which has three phases: the theoretical phase, in which the attributes, antecedents and consequents of the concept were identified through a scoping review carried out in 14 databases and which generated a survey of 41 scientific articles; the empirical phase, in which 14 health professionals and 13 elderly people were interviewed in health services in Feira de Santana-Ba and at the Universidade Aberta à Terceira Idade Program; the analytical phase, the final one, in which the theoretical and empirical phases were integrated. All ethical aspects of the research were observed. Data analysis was performed using the reflective thematic analysis by Braun and Clark (2019).

The analytical phase generated a confrontation between the theoretical and empirical phases to develop the concept. **Results and discussion:** The antecedents were: cultures, insufficient scientific knowledge, lack of scientific evidence, work overload, inexperience in living with elderly people and lack of empathy; The attributes: stereotypes and prejudices; labeling; disrespect for autonomy; infantilization; privacy and dignity disrespect; claims, abilities and capacities discredit; rights violation, inadequate communication. The consequences for the elderly people: age discrimination; lack of trust in health services; non-adherence to therapeutic conducts; impact on quality of life; negative feelings and mental illness; hopelessness and impatience. For health professionals: lack of interest in working in the field of geriatrics and gerontology and impatience. For family members: hypervigilance, assimilation of care and negative feelings.

Final considerations: Ageism directed at elderly people in health services involves images and attitudes based on stereotypes and ageism, labeling, disrespect for autonomy, privacy and dignity, devaluation of complaints, skills and capabilities through inadequate communication and infantilization. It is caused by the depreciation culture of elderly people, lack of knowledge and scientific evidence, work overload, lack of empathy and poor quality of living with elderly people. These consequences generate discriminatory practices, careless and life-shortening practices. Also, they generate violations of rights, negative feelings, mental illness and lack of trust in health services.

Descriptors: Ageism; Old People; Health Services; Concept Formation.

RESUMEN

ARAÚJO, Pricila Oliveira de. **Edadismo dirigido a personas mayores en los servicios de salud**: desarrollo del concepto. 2023. 233 f. Tesis (Doctorado en Enfermería) – Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2023.

Introducción: El edadismo se compone de estereotipos relacionados con las personas mayores, el envejecimiento y la vejez, cuando se descuidan las diferencias físicas, psicológicas, biológicas y culturales. **Objetivos:** Desarrollar el concepto de discriminación por edad dirigido a las personas mayores en los servicios de salud. **Metodología:** El desarrollo del concepto se realizó a partir del modelo híbrido de Schwartz-Barcott y Kim (2000) el cual tiene tres fases: teórica, en la que se identificaron los atributos, antecedentes y consecuentes del concepto a través de una revisión de alcance realizada en 14 bases de datos y que generó un corpus de 41 artículos científicos; la fase empírica, en la que fueron entrevistados 14 profesionales de la salud y 13 ancianos en los servicios de salud de Feira de Santana-Ba y en la Universidade Aberta à Terceira Idade; y la última fase, la analítica, en la que se integraron las fases teórica y empírica. Se observaron todos los aspectos éticos de la investigación. El análisis de datos se realizó mediante el análisis temático reflexivo de Braun y Clark (2019). La fase analítica generó confrontación entre la fase teórica y la empírica para desarrollar el concepto. **Resultados y discusión:** Los antecedentes fueron: culturas, conocimiento científico insuficiente, falta de evidencia científica, sobrecarga de trabajo, inexperiencia en la convivencia con personas mayores y falta de empatía; Los atributos: estereotipos y prejuicios; etiquetas; falta de respeto a la autonomía; infantilización; desprecio por la privacidad y la dignidad; descreimiento de afirmaciones, habilidades y capacidades; vulneración de derechos, comunicación inadecuada. Las consecuencias para las personas mayores: discriminación por edad; desconfianza en los servicios de salud; falta de adherencia a las conductas terapéuticas; impacto en la calidad de vida; sentimientos negativos y enfermedad mental; desesperanza e impaciencia. Para los profesionales de la salud: falta de interés por trabajar en el campo de la geriatría y la gerontología e impaciencia. Para los familiares: hipervigilancia, asimilación de cuidados y sentimientos negativos. **Consideraciones finales:** La discriminación por edad dirigida a las personas mayores en los servicios de salud involucra imágenes y actitudes basadas en estereotipos y discriminación por edad, etiquetado, falta de respeto a la autonomía, privacidad y dignidad, desvalorización de quejas, habilidades y capacidades, a través de una comunicación inadecuada e infantilización. Ésta es provocada por la cultura de menosprecio a las personas mayores, insuficiente conocimiento y evidencia científica, sobrecarga de trabajo, falta de empatía y mala calidad de vida con las personas mayores, cuyas consecuencias generan prácticas discriminatorias, descuidadas y acortadoras de la vida, además de violación de derechos, sentimientos negativos, enfermedad mental y desconfianza en los servicios de salud.

Descriptor: Edadismo; Personas Mayores; Servicios de Salud; Formación de Conceptos.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Fluxograma-síntese da avaliação da maturidade do conceito	29
Figura 2	Fases do modelo híbrido da análise do conceito	35
Figura 3	Fluxograma de desenvolvimento das fases da pesquisa	39
Figura 4	Estrutura conceitual do ageísmo direcionado a pessoas idosas em serviços de saúde: fase final	192

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Critérios de avaliação do conceito	29
Quadro 2	Resumo dos cenários de pesquisa, participantes, critérios de inclusão e exclusão da fase empírica do desenvolvimento do conceito	53
Quadro 3	Caracterização do <i>corpus</i> de análise do desenvolvimento do conceito	125
Quadro 4	Síntese dos componentes teóricos dos antecedentes do ageísmo direcionado a pessoas idosas em serviços de saúde	129
Quadro 5	Síntese dos componentes teóricos dos atributos do ageísmo direcionado a pessoas idosas em serviços de saúde	135
Quadro 6	Síntese dos componentes teóricos dos consequentes do ageísmo direcionado a pessoas idosas em serviços de saúde	142
Quadro 7	Antecedentes teóricos e empíricos do ageísmo direcionado a pessoas idosas em serviços de saúde	187
Quadro 8	Atributos teóricos e empíricos do ageísmo direcionado a pessoas idosas em serviços de saúde	188
Quadro 9	Consequentes do ageísmo direcionado a pessoas idosas em serviços de saúde	189

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADUFS	Associação dos Docentes da Universidade Estadual de Feira de Santana
AIDS	<i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i>
AVE	Acidente Vascular Encefálico
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CID	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
CINAHL	<i>Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature</i>
CNS	Conselho Nacional de Saúde
EBSCO	<i>Business Source Complete</i>
ESF	Estratégia Saúde da Família
HGCA	Hospital Geral Clériston Andrade
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
JBI	Instituto Joanna Briggs
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
NUSC	Núcleo de Saúde Coletiva
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial de Saúde
RCLE	Registro de Consentimento Livre e Esclarecido
REDA	Regime Especial de Direito Administrativo
SESAB	Secretaria de Saúde do Estado da Bahia
UATI	Universidade Aberta à Terceira Idade
UNACON	Unidade de Alta Complexidade em Oncologia
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USF	Unidade de Saúde da Família
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO	13
1	O RECORTE DO OBJETO DE ESTUDO	18
2	TESE	23
3	OBJETIVOS	25
4	REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO	27
4.1	Pressupostos do desenvolvimento do conceito	28
4.2	O modelo híbrido de análise do conceito	35
4.2.1	Fase teórica	35
4.2.2	Fase empírica ou de trabalho de campo	36
4.2.3	Fase analítica final	36
5	PERCURSO METODOLÓGICO	37
5.1	Métodos de desenvolvimento do conceito modelo híbrido	40
5.1.1	Fase teórica do desenvolvimento do conceito	40
5.1.2	Fase empírica do desenvolvimento do conceito	51
5.1.3	Fase analítica final	57
5.2	Aspectos éticos da pesquisa	58
6	RESULTADOS	60
6.1	Ageísmo direcionado a pessoas idosas durante a pandemia de COVID-19	61
6.2	Ageísmo direcionado a pessoas idosas em serviços de saúde	90
6.3	O desenvolvimento do conceito: fase teórica	125
6.3.1	Antecedentes, atributos e consequentes teóricos	129
6.4	Definição do conceito	148
7	RESULTADOS: FASE EMPÍRICA	150
7.1	Caracterização dos participantes do estudo	151
7.2	Análise temática das entrevistas	151
8	RESULTADOS: FASE ANALÍTICA FINAL	186
9	CONSIDERAÇÕES FINAIS	195
10	REFERÊNCIAS	198
	APÊNDICES	210
	ANEXOS	227

Apresentação

Me chamo Pricila Oliveira de Araújo, mulher, mãe de duas crianças, esposa, trabalhadora, enfermeira, formada pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), docente do curso de Enfermagem na mesma instituição – componente curricular Enfermagem na Atenção à Saúde do Adulto e Idoso I – e estudante de doutorado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, também da UEFS.

Minha aproximação com a saúde coletiva se deu ainda na graduação, quando fui percebendo meu interesse e despertando minha paixão por esse campo de atuação. No segundo semestre do curso fui convidada por uma colega, Profa. Valesca Correia, para participar do Núcleo de Saúde Coletiva (NUSC) como voluntária, sob orientação da Profa. Dra. Maria Lúcia Silva Servo, hoje professora aposentada da UEFS. Um ano depois eu fui aprovada no edital de bolsa de iniciação científica Pibic/CNPq e ali se iniciava meu percurso na pesquisa, sempre no campo da saúde coletiva. Assim, juntamente às colegas e à minha então orientadora, pude desenvolver três projetos de pesquisa de iniciação científica, participar de eventos científicos com a apresentação de trabalhos e publicar artigos científicos.

Após a formatura (2007), trabalhei na Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Capela do Alto Alegre (BA), minha cidade natal, na qual atuei durante um ano e quatro meses. Durante esse tempo senti-me bastante realizada por diversos motivos, e um deles era que eu atuava em uma unidade da zona rural e semanalmente nos deslocávamos para vilarejos e comunidades que ficavam afastados da unidade de saúde. Nesses momentos eu observava e refletia sobre a importância da enfermeira e da equipe de saúde para a vida das pessoas daquele território, e isso me servia de estímulo para dar o meu melhor enquanto profissional. Abro um parêntese para falar que, em 2008, fui selecionada para realizar um curso de Aperfeiçoamento em Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa oferecido pela Fiocruz, curso este que foi um divisor de águas em minha vida, pois, a partir dele, descobri a paixão pela gerontologia. Em seguida, fiz um curso *latu sensu* de Gerontologia Social, no Instituto Brasileiro de Pesquisa e Extensão. Fecha parêntese.

Ainda em 2008 fui aprovada numa seleção de Regime Especial de Direito Administrativo (REDA) da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) e fui trabalhar no Hospital Geral Clériston Andrade (HGCA) (de 2008 a 2012), inicialmente na Emergência e depois na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Foi uma experiência muito importante na minha vida que me trouxe muitos aprendizados, crescimento profissional, empatia e humanização, fazendo-me entender a importância da promoção

da saúde e da prevenção de riscos e agravos para evitar a hospitalização. Assim, atuar no hospital me fez entender ainda mais sobre a importância da atenção primária à saúde e da saúde coletiva como um todo.

No ano de 2009 abriu concurso para docente da UEFS e eu, motivada por uma ex-professora, fiz minha inscrição e iniciei os estudos para os componentes Bases Teóricas e Bases Metodológicas para o Cuidar, pois, à época, poderíamos nos inscrever para duas disciplinas. Em meio aos estudos compreendi que não tinha afinidade com a área e resolvi desistir do concurso. Nesse momento, definitivamente, já estava consolidado para mim, enquanto profissional, que minha área de atuação seria mesmo a saúde coletiva. Assim, como também havia me inscrito para o componente Enfermagem na Saúde do Adulto e Idoso I, cujo *locus* de atuação é a atenção básica, retomei os estudos para o concurso motivada pela área com a qual eu realmente tinha afinidade, sendo aprovada em primeiro lugar. Em maio de 2009 eu tomava posse como docente da UEFS e logo solicitei e obtive aprovação do regime de trabalho Dedicção Exclusiva.

Enquanto jovem docente de uma universidade pública – e na tentativa de (re)pensar minha atuação profissional e minha responsabilidade enquanto enfermeira – que atua para a formação de enfermeiros(as) e preocupada com a contribuição social que devemos oferecer à população, fiz a seleção e cursei o Mestrado Profissional em Enfermagem, na UEFS. Minha dissertação de mestrado explorou a “Organização da oferta e demanda de serviços na Estratégia Saúde da Família em dois cenários da Bahia, Brasil: das demandas programáticas e espontâneas à oferta por cotas de atendimento” (ARAÚJO; ASSIS, 2014). Meu intuito era compreender como as principais demandas dos usuários das Unidades de Saúde da Família (USF) eram conduzidas pelos trabalhadores da saúde, a partir da oferta da rede de serviços da saúde de dois grandes municípios da Bahia. Este estudo me proporcionou diversas reflexões e sensibilizações acerca do trabalho de enfermeira diante de pessoas que buscam os serviços de saúde pública.

No componente curricular Enfermagem na Atenção à Saúde do Adulto e Idoso I, minha atuação foi, inicialmente, direcionada para a atenção às pessoas com doenças transmissíveis (tuberculose e hanseníase) e, posteriormente, para a atenção à saúde das pessoas idosas. Assim, iniciava-se um feliz ciclo de atuação estudando velhice, envelhecimento e saúde das pessoas idosas, tanto no ensino da graduação quanto na extensão – pois eu atuo com as pessoas idosas da Universidade Aberta à Terceira Idade

(UATI¹), orientando discentes na implementação de oficinas voltadas para saúde no envelhecer, oficinas de memória, organização de feiras de saúde e participação da dinâmica da UATI como um todo – além da própria pesquisa, pois, no campo da saúde coletiva, sempre que possível, eu direcionava o olhar para pessoas idosas, seja nas orientações de monografia e iniciação científica, seja nos projetos dos quais eu participava como docente colaboradora.

Outra experiência que me fez ampliar o olhar para a coletividade foi a participação no movimento docente das universidades públicas do estado da Bahia. Desde o ano de 2009 sou filiada à Associação dos Docentes da Universidade Estadual de Feira de Santana (ADUFS) e participante da gestão da associação na gestão dos anos 2018 a 2021. Esta associação, juntamente com as associações docentes das demais universidades da Bahia, milita por uma educação pública de qualidade, gratuita e transformadora, e também por uma universidade socialmente referenciada e democrática.

Quando decidi realizar o doutorado eu não tinha dúvidas de que o objeto de estudo seria voltado para a velhice e o envelhecimento dentro do campo da saúde coletiva. Foi quando procurei a Profa. Dra. Evanilda Santana de Souza Carvalho, pesquisadora da Teoria do Estigma e da saúde de grupos e populações vulneráveis, a qual gentilmente aceitou me orientar. Foi então que, em 2020, logo após minha aprovação no referido curso, dá-se início à pandemia de COVID-19. Cercadas pelo medo da infecção de uma doença nova, pela incerteza do futuro do Brasil e do mundo, pela tristeza de acompanhar pela TV o número de hospitalizações e óbitos, pelo convívio com pessoas idosas, pelas limitações impostas pela pandemia no trabalho e nos estudos, eu e a professora Evanilda iniciamos diálogos e orientações remotas para discussão do meu projeto de doutorado. Assim, diante do que assistíamos pelos meios de comunicação e diante do que acompanhávamos em nossos cotidianos, nos motivamos a estudar o ageísmo contra pessoas idosas, fenômeno que estava ganhando visibilidade frente à iminência da escassez de recursos de saúde; ao medo do desabastecimento alimentar e de insumos necessários à sobrevivência humana; à urgência do isolamento social, da quarentena e do *lockdown*; e às piadas, à solidão, ao abandono, ao medo e ao descuido.

¹ Programa criado pela UEFS em 1993 com o objetivo de ampliar o acesso das pessoas idosas ao ensino superior. Atualmente possui mais de mil pessoas maiores de 60 anos cadastradas e conta com mais de 20 oficinas ofertadas dentre atividades físicas e educativas.

Assim, o meu caminhar pelos campos da saúde coletiva e da gerontologia me levaram à definição do objeto de estudo que será apresentado e delineado na seção a seguir.

1 O recorte do objeto de estudo

O processo de envelhecimento e a velhice carregam em seu bojo uma série de estigmas e preconceitos que geram obstáculos para o exercício de direitos e o alcance do bem-estar de pessoas idosas. Em países desenvolvidos, pessoas idosas são aquelas maiores de 65 anos; em países em desenvolvimento, considera-se aquelas de 60 anos e mais. Comumente, em contextos ocidentais, a pessoa idosa é representada como um ser frágil, fraco, dependente e não produtivo, sendo que seus problemas de saúde são naturalizados e compreendidos como parte do envelhecimento (KYDD; FLEMING, 2015). A imagem que se constrói em torno da pessoa idosa pode se configurar em discriminação e gerar negligência para com as necessidades e particularidades durante a prestação de cuidados nos seus diversos serviços de saúde. Estes, por sua vez, fazem parte da organização da rede de atenção à saúde e são compostos por serviços domiciliares, unidades de atenção primária, secundária e terciária e serviços suplementares, os quais devem atuar em um conjunto único e coordenado com o objetivo de atender às demandas e necessidades da população (SOUZA; BAHIA, 2014).

Quando se negligencia as diferenças físicas, psíquicas, biológicas e culturais que existem entre as pessoas idosas, tratando-as com base em suposições, expectativas e crenças e desconsiderando as individualidades de cada pessoa, está-se agindo a partir de estereótipos. A essa construção estereotipada de pessoas mais velhas, do envelhecimento e da velhice dá-se o nome de *ageísmo* (AYALON; TESCH-RÖMER, 2018).

O termo ageísmo não é novo. Foi utilizado pela primeira vez em 1969 pelo gerontólogo e psiquiatra Robert Butler para se referir à inquietação, repulsa e aversão por parte dos jovens e pessoas de meia-idade para com o envelhecimento, doença e deficiência, além do medo da impotência, da “inutilidade” e da morte, temores que costumam ser vinculadas às pessoas em razão de sua idade. Para esse autor, os elementos determinantes do ageísmo envolvem os níveis intrapessoal (ageísmo autodirigido), interpessoal, intergrupar, institucional e cultural (BUTLER, 1969).

Apesar de o termo ageísmo ter sido cunhado há mais de 50 anos, ele ainda é pouco conhecido, sendo tratado como fenômeno que afeta apenas pessoas idosas. Também não há consenso sobre o seu conceito e suas causas e consequências. Além disso, os estereótipos relacionados à idade estão embutidos em nossas vidas, nós os desprezamos e dificilmente notamos seus efeitos (AYALON; TESCH-RÖMER, 2018), o que torna esse fenômeno multifacetado e complexo, uma vez que envolve dimensões cognitivas (estereótipos), afetivas (preconceito) e comportamentais (discriminação) (MARQUES et al., 2020).

Na atualidade, a partir da pandemia de COVID-19, o ageísmo ganhou notoriedade crescente na mídia, uma vez que o discurso público veiculado nos meios de comunicação apresentava a COVID-19 como uma doença perigosa apenas para a pessoa idosa por conta de um maior risco biológico de adoecer e complicar, o que gerou a dicotomia “nós” e “eles” a partir de uma possível disputa entre jovens x pessoas idosas por leitos, ventiladores e recursos como um todo (FRASER et al., 2020). O acirramento da discriminação contra pessoas idosas pôde ser constatado ainda com a disseminação, na internet, da hashtag *#BoomerRemover*, expressão vulgar que destaca atitudes preconceituosas quanto à idade em resposta à pandemia de COVID-19, como se quisessem aniquilar a população idosa, revelando o baixo valor que a vida das pessoas idosas tem na sociedade contemporânea (FRASER et al., 2020; LICHTENSTEIN, 2021).

Com isso, o ageísmo ficou conhecido popularmente como etarismo, idadismo, velhismo, dentre outros termos que passaram a ser veiculados durante a pandemia nos meios de comunicação, o que nos motivou, ainda no primeiro ano do doutorado, a realizar um estudo exploratório acerca do que os jornais estavam pautando a respeito do ageísmo contra pessoas idosas na pandemia de COVID-19, tanto Brasil, país de origem da pesquisadora e da orientadora, quanto no Chile, porque o governo deste país, no início da pandemia, instituiu uma rígida medida de quarentena obrigatória exclusivamente para pessoas idosas, o que potencializou o preconceito e a discriminação de idade. O resultado deste estudo foi publicado pela revista *Saúde em Debate* em 2022 e está apresentado na seção 6.1 deste trabalho (ARAÚJO et al., 2022).

A partir do estudo de jornais, nos aprofundamos na temática do ageísmo em serviços de saúde. Compreendendo a amplitude do fenômeno, a escassez de estudos na área da saúde no Brasil – conforme mostramos no resultado da revisão de escopo (ARAÚJO; CARVALHO, 2023) apresentada nesta tese – e a importância de atualizar os conceitos de tempos em tempos para evolução dos conhecimentos, percebemos a necessidade de desenvolver o conceito de “ageísmo direcionado a pessoas idosas em serviços de saúde”.

Em pesquisas em bases de dados em maio de 2021, encontramos um estudo que faz uma revisão de literatura narrativa sobre o conceito de ageísmo (IVERSEN; LARSEN; SOLEM, 2009), mas há uma escassez de análise ou desenvolvimento de conceitos. Para tanto, utilizamos os métodos de Rodgers (1989), Schwartz-Barcott e Kim (2000) e Walker e Avant (2019).

Assim, este estudo justifica-se pela necessidade de desenvolver o conceito de “ageísmo direcionado a pessoas idosas em serviços de saúde”, já que se trata de um conceito amplo e multidimensional, pois se aplica a diversas áreas do conhecimento, tais como administração (especificamente no campo ocupacional), saúde e psicologia, além de sua considerável complexidade, visto que envolve definições abstratas de outros conceitos subjacentes que não são quantificáveis e cujos limites não estão evidenciados na literatura.

Desenvolver o conceito significa produzir evidências para aplicação na prática, o que, conseqüentemente, favorece a implementação de cuidados de qualidade, sendo um método essencial para clarificar e aprimorar o significado atribuído aos conceitos, além de assumir posição central na evolução dos conhecimentos científicos (MELEIS, 2005). Para tal, utilizaremos o modelo híbrido de desenvolvimento do conceito de Schwartz-Barcott e Kim (2000), que prevê uma fase teórica com a análise dos estudos mais importantes acerca do tema; fase empírica, em que a pesquisadora vai a campo ouvir os sujeitos envolvidos no fenômeno; e a fase analítica final, em que há integração das fases teórica e empírica.

Desenvolver o conceito de ageísmo direcionado a pessoas idosas em serviços de saúde e, conseqüentemente, clarificar e atualizar os antecedentes, consequentes e atributos deste fenômeno, reveste-se de grande importância para o campo da saúde coletiva, pois torna a compreensão do mesmo mais concreta e objetiva, permitindo que trabalhadores da saúde, ao lerem este estudo, sejam capazes de identificar atuações profissionais influenciadas pelo preconceito e discriminação de idade. Ademais, permite refletir sobre como esse fenômeno coopera para a integração na produção do cuidado à saúde da pessoa idosa e como ele interfere na assistência à saúde prestada a essa população. Clarificar o conceito do ageísmo direcionado a pessoas idosas em serviços de saúde permitirá que os trabalhadores da saúde adotem posturas autovigilantes, para evitar tomadas de decisões influenciadas pelo viés exclusivo de idade, e desenvolvam estratégias de enfrentamento ao ageísmo dentro e fora dos serviços de saúde. Além disso, será possível analisar criticamente as expressões e implicações para as pessoas idosas, famílias, gestores, Estado e sociedade, reivindicar políticas públicas que combatam o ageísmo e minimizar as conseqüências para a população idosa.

Diante disso, este estudo foi desenvolvido a partir da questão norteadora central: Quais os componentes do desenvolvimento do conceito de ageísmo direcionado a pessoas idosas em serviços de saúde?

Além desta, outras questões também serviram de base: Quais as manifestações e medidas de enfrentamento ao ageísmo direcionado a pessoas idosas durante a pandemia de COVID-19? Quais as expressões e medidas de enfrentamento ao ageísmo direcionado a pessoas idosas em serviços de saúde? Quais são os atributos, os antecedentes e os consequentes do conceito de ageísmo direcionado a pessoas idosas em serviços de saúde?

As expressões do ageísmo contra pessoas idosas em serviços de saúde são evidenciadas por meio de imagens e atitudes socialmente difundidas que tiveram novos elementos agregados na pandemia de COVID-19, dando visibilidade ao fenômeno.

O desenvolvimento do conceito evidencia os atributos, antecedentes e consequentes que perpassam pelos níveis micro, meso e macroestrutural, cujas formas de expressão nos serviços de saúde são naturalizadas e destacam a idade como fator isolado que limita as possibilidades de as pessoas idosas terem tratamento digno, inclusivo e integral em todos os níveis da assistência, cuidados paliativos e terminalidade.

3 Objetivos

3.1 Objetivo geral

- Desenvolver o conceito de ageísmo direcionado a pessoas idosas em serviços de saúde.

3.2 Objetivos específicos

- Analisar as manifestações e medidas de enfrentamento ao ageísmo direcionado a pessoas idosas durante a pandemia de COVID-19;
- Mapear as expressões e medidas de enfrentamento ao ageísmo direcionado a pessoas idosas em serviços de saúde;
- Identificar os atributos, os antecedentes e os consequentes do conceito de ageísmo direcionado a pessoas idosas em serviços de saúde.

4 Referencial teórico-metodológico

4.1 Pressupostos do desenvolvimento do conceito

Os conceitos são representações cognitivas da realidade, abstratas, formadas por experiência direta ou indireta (MORSE, 1995). Um conceito deve ser rotulado e ter uma definição significativa, habilitando-o a ser referido, comunicado, identificável e reconhecível por outros. Todos os conceitos devem ter características presentes nas instâncias em que o conceito aparece, mas podem estar presentes em diferentes intensidades de associação e em formas diversas. Além disso, devem apresentar limites, que são identificados quando um exemplar não é mais uma instância de um conceito particular (MORSE et al., 1996).

Sobre o papel dos conceitos, Morse e colaboradores (1996) explicam que eles permitem a comunicação de comportamentos complexos, medição, manipulação e aplicação. Portanto, conceitos são agrupados e formam base estrutural do corpo da teoria aplicada nas ciências sociais e, quando são operacionalizados, tornam-se elos cruciais entre teoria, pesquisa e prática, entre a abstração e os dados. Ao serem simples ou rebuscados, os conceitos podem ser entidades complexas responsáveis por grandes processos, e o papel que eles desempenham em um processo de pesquisa depende da seleção e do uso dado pelo pesquisador (MORSE, 1995).

Vale salientar que os conceitos evoluem ao longo do tempo. De acordo com Walker e Avant (2019), conceitos não são gravados em pedra, podendo ser modificados rapidamente ou lentamente, e para isso contribuem fatores contextuais e sociais. Além disso, o analista também muda com o tempo; portanto, a compreensão do conceito também pode ser modificada, o que torna o processo dinâmico, inacabado e reativo a novos conhecimentos, experiências, percepções e dados. As definições e significados refletem a formação educacional dos teóricos, suas perspectivas e os referenciais teóricos que orientam seus respectivos trabalhos (MELEIS, 2005).

Antes de utilizar os conceitos de uma teoria, pesquisa e prática, o pesquisador deve ser capaz de avaliar o nível de maturidade do conceito, já que nem todos eles foram desenvolvidos a um nível suficientemente útil para a pesquisa. Por isso, é importante descobrir se o conceito é bem definido, se tem características claras, limites delineados e resultados documentados. O Quadro 1 ilustra os critérios de avaliação do conceito que o pesquisador deve observar para identificar o seu nível de maturidade.

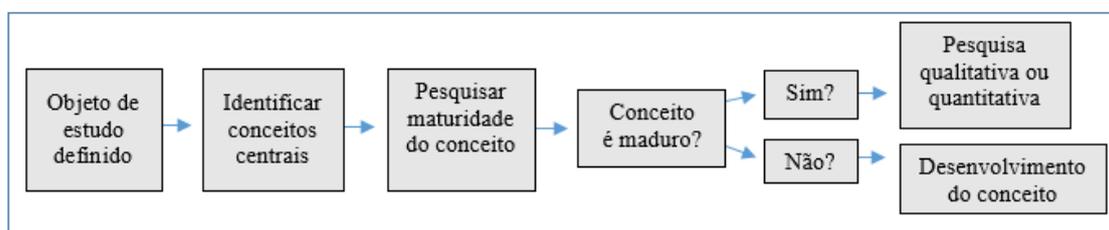
Quadro 1 – Critérios de avaliação do conceito

Índice de maturidade do conceito		
<i>Crítérios</i>	<i>Emergente</i>	<i>Maduro</i>
1 Definição do conceito	Falta de consenso Definições concorrentes	Claro Definições consensuadas
2 Características	Não identificadas	Claramente descritas
3 Pré-condições e resultados	Não identificadas	Descritos e demonstrados
4 Limites	Não identificados	Delineados

Fonte: Meleis (2005).

Se o conceito for considerado amadurecido, o pesquisador necessita mover-se diretamente para a pesquisa de campo. Se o conceito não estiver maduro o suficiente, é necessário realizar pesquisas de desenvolvimento do mesmo, o que pode ser alcançado de três maneiras: 1) Pelos métodos de Walker e Avant (2019), Rodgers (1989), Schwartz-Barcott e Kim (2000) e outros; 2) Por uma análise crítica da literatura; ou 3) Unindo métodos de investigação qualitativa (MORSE, 1995).

O conceito deve ser operacionalizado quando estiver efetivamente maduro e definível em unidades mensuráveis. Ainda, o reconhecimento das pré-condições, resultados e limites dos conceitos permite a manipulação eficaz na prática. Portanto, antes de se desenvolver uma pesquisa, é recomendável avaliar o conceito (MORSE et al., 1996). A Figura 1 sintetiza o raciocínio do pesquisador em direção às escolhas metodológicas de se fazer, ou não, o desenvolvimento do conceito.

Figura 1 – Fluxograma-síntese da avaliação da maturidade do conceito.

Fonte: Elaboração própria.

Inicialmente, ao escolher o objeto de pesquisa, o investigador deverá elencar o conceito ou conceitos centrais do seu estudo e, por meio da busca e estudo da literatura, identificar a definição, características, resultados e limites do conceito. Se esses itens

estiverem claros na literatura, considera-se que o conceito está maduro e não há necessidade de desenvolver novos conceitos, podendo o pesquisador iniciar a investigação em si. No caso do conceito não amadurecido, ou com aspectos obscuros, não compreendidos ou desatualizados, deve-se proceder ao desenvolvimento dos conceitos (MORSE et al., 1996).

Avaliar, analisar, definir, esclarecer, operacionalizar e submeter conceitos a testes teóricos e empíricos são processos essenciais e vitais para o avanço do conhecimento. Os termos “análise de conceitos” e “esclarecimentos de conceitos” são usados alternadamente ao termo “desenvolvimento de conceitos” (MELEIS, 2005). Diferentes teóricos utilizam nomenclaturas distintas para se referir ao método desenvolvido.

Para se proceder ao desenvolvimento dos conceitos, Morse (1995) propõe que o investigador realize leitura crítica da literatura em livros e artigos que discutem a natureza do conceito, instrumentos que mensurem o conceito, bem como artigos que revisem pesquisas e utilização do conceito na prática, estudos clínicos, relatos de caso, experiências autobiográficas, definições de dicionários e explorações etimológicas do termo. A depender do resultado da busca, várias metodologias podem ser necessárias para o estudo do conceito; nesse sentido, há métodos qualitativos que atendem a cada um dos resultados:

- Se após a revisão da literatura ficar evidente que o conceito ainda é nebuloso e não foi bem explicado, então métodos de desenvolvimento do conceito devem ser usados;
- Se for evidente que dois conceitos são fundidos e usados indistintamente, então as técnicas de delineamento do conceito permitirão a exploração das diferenças entre os dois conceitos;
- Se uma área não for bem compreendida, vários autores podem sugerir diferentes conceitos para preencher o vazio teórico. Técnicas de comparação de conceitos podem ser usadas para analisar esses conceitos concorrentes;
- Se houver um corpo enorme de literatura, incluindo descrições ricas e medidas qualitativas, o conceito parece ser bem desenvolvido. Entretanto, em uma inspeção mais detalhada, o conceito parece confuso e obscuro com muitas suposições implícitas, então técnicas de esclarecimento do conceito devem ser aplicadas;

- Se depois de ler a literatura o investigador sentir, com base na experiência clínica ou na observação do participante, que o conceito não é adequado para explicar um fenômeno clínico, então a investigação deve prosseguir usando métodos de correção de conceitos;
- Se, ao final de um estudo qualitativo, permanecer uma categoria de dados que não está descrita ou contabilizada na literatura, então devem ser utilizadas técnicas de identificação de conceitos.

Essas distinções que Morse (1995) realiza, a partir dos resultados da busca na literatura, demonstram a complexidade dos processos de desenvolvimento de conceito e a necessidade de que o pesquisador faça uma imersão teórica com o objetivo de se apropriar do conceito-chave inerente a seu objeto de estudo.

Meleis (2005) também apresenta uma estrutura geral com estratégias que levam ao avanço do progresso do desenvolvimento de conceitos. Para esta autora, existem quatro estratégias fundamentais para o desenvolvimento de conceitos: exploração de conceitos, esclarecimento do conceito, análise do conceito e desenvolvimento integrado de conceitos.

- Exploração de conceitos: estratégia utilizada para o desenvolvimento do conceito usada quando novos conceitos são identificados, os quais foram introduzidos recentemente na literatura e ainda é muito cedo para articular suas propriedades definidoras e potencial de poder explicativo. O objetivo final é demonstrar se há ou não potencial para um desenvolvimento posterior, já que determinados conceitos ainda não estão prontos para uma análise completa.
- Esclarecimento do conceito: pode ser usado para se refinar conceitos que têm sido usados sem um acordo claro, compartilhado e consciente sobre as propriedades ou os significados atribuídos a eles. O objetivo do esclarecimento do conceito é refinar as definições existentes, aguçar definições teóricas, considerar as inter-relações entre os diferentes elementos do conceito, descobrir novas relações e discutir as mesmas para resolver os conflitos existentes sobre significados e definições.
- A análise do conceito é uma estratégia para o desenvolvimento de conceitos. Nesse caso, pressupõe-se que os conceitos foram introduzidos na literatura, definidos e esclarecidos, mas precisam de uma análise aprofundada para avançar para o próximo nível de desenvolvimento, que seria a pesquisa ou a prática clínica.

A análise do conceito implica uma divisão de componentes bem definidos, reflete construção/reconstrução e presume que os componentes essenciais foram identificados e definidos. Meleis (2005) cita os métodos de Wilson (1963), a estratégia de análise simultânea de conceitos e o método híbrido.

- Desenvolvimento integrado de conceitos: envolve sentir e captar um fenômeno; descrever um fenômeno; rotular; desenvolver o conceito em si; desenvolver declarações; explicar suposições; e compartilhar e comunicar.

Outros importantes métodos de análise do conceito são propostos por Walker e Avant (2019), que modificam proposta de análise do conceito de Wilson (1963), de modo que as etapas de desenvolvimento do conceito passam a ser oito ao invés de onze, sendo considerado mais tradicional, claro, simples e de fácil aplicação.

As etapas propostas por Walker e Avant (2019) são:

- 1) Seleção do conceito: deve ser feita com cuidado, de forma a escolher um conceito que o pesquisador esteja interessado e que esteja associado ao seu trabalho (ou que sempre incomodou o pesquisador);
- 2) Determinação dos objetivos e propósitos da análise: a análise do conceito não é um fim em si mesma, mas sim uma ponte para outros trabalhos relacionados à teoria ou pesquisa;
- 3) Identificação de todos os usos do conceito: utilizando dicionários, artigos, toda literatura disponível, buscando todos os aspectos do conceito. Deve-se lembrar de incluir usos implícitos e explícitos do conceito. Essa revisão da literatura é muito importante, pois apoiará e validará as escolhas finais dos atributos definidores e fornece base de evidências para a análise.
- 4) Determinação dos atributos: é o coração da análise do conceito. O esforço é tentar mostrar os atributos mais frequentemente associados ao conceito e que permitem ao analista uma visão mais ampla do mesmo. As melhores análises refinam os atributos definidores para o menor número possível e devem imediatamente trazer o conceito à mente.
- 5) Identificação de caso modelo: é um exemplo do uso do conceito que demonstra todos os atributos definidores do conceito. Trata-se de um exemplo puro do conceito.

- 6) Identificação de casos adicionais como limítrofes, relacionados, contrários, inventados e ilegítimos: compreende os casos que não são exatamente iguais ao conceito de interesse, mas são semelhantes ou contrários em alguns aspectos.
- 7) Identificação de antecedentes e consequentes: embora com frequência sejam ignorados, esse momento é de fundamental importância para refinar ainda mais os atributos de definição. Antecedentes são aqueles eventos ou incidentes que se desenvolvem antes da ocorrência do fenômeno; as consequências, por outro lado, surgem após a ocorrência do fenômeno.
- 8) Definição de referentes empíricos: etapa final de uma análise de conceito. Refere-se a classes ou categorias de fenômenos reais que, por sua existência ou presença, demonstram a ocorrência do próprio conceito.

O método de análise conceitual de Rodgers (1989) é conhecido como análise evolucionista. Encontra semelhanças no método de Walker e Avant (2019), mas se difere porque, na visão evolucionista, o conceito adquire significado através de seu uso e aplicação a cada situação no tempo, influenciado por fatores internos e externos que ampliam, refinam e caracterizam adequadamente o conceito (FERNANDES et al., 2011).

O modelo proposto por Rodgers (1989) envolve a identificação e 1) nomeação do conceito de interesse; 2) termos substitutos e usos relevantes do conceito; 3) seleção de um domínio apropriado (amostra ou contexto) para coleta de dados; 4) atributos do conceito; 5) referências, antecedentes e consequentes do conceito, se possível; 6) conceitos relacionados ao conceito de interesse; e 7) caso modelo do conceito.

O modelo híbrido de desenvolvimento do conceito de autoria de Schwartz-Barcott e Kim (2000) nasce da constatação de que o uso de teorias de enfermagem não vinha acompanhado de um arsenal de métodos que orientassem a sua aplicação. Diante disso, as autoras começaram a buscar uma abordagem que garantisse que os conceitos fossem integrados à prática; que a literatura revisada fosse ampla o suficiente para apreender as semelhanças e diferenças na conceituação e uso dos conceitos; que o foco da análise estivesse nos aspectos essenciais de definição e mensuração; e que a revisão de literatura fosse totalmente integrada com os dados empíricos coletados na organização clínica. Assim, desenvolveram o modelo híbrido de desenvolvimento de conceitos, escolhido para o presente estudo.

A partir da diversidade de métodos para análise e desenvolvimento do conceito e da aproximação com a literatura que trata do ageísmo, optamos pelo método da análise do conceito modelo híbrido, cujas justificativas serão expostas a seguir:

Conforme já citada por Meleis (2005), a análise do conceito deve ser realizada quando os conceitos foram introduzidos na literatura, definidos e esclarecidos, mas que ainda precisam de uma análise aprofundada para avançar para o próximo nível de desenvolvimento, que seria a pesquisa ou a prática clínica. O termo ageísmo foi cunhado no ano de 1969 por Butler, a partir de um incidente de preconceito e discriminação para com pessoas idosas pobres na cidade de Washington, nos EUA. Desde então, o ageísmo tem sido alvo de estudos, mas muitos deles fora do contexto brasileiro.

Embora o conceito tenha passado por várias mudanças ao longo do tempo, ainda não há consenso sobre elementos do conceito de preconceito de idade ou suas causas (AYALON; TESCH-RÖMER, 2018). Além disso, esse fenômeno é menos estudado do que outras formas de discriminação, como racismo e sexismo, e poucos estudos examinam explicitamente as manifestações do ageísmo no campo da saúde (LLOYD-SHERLOCK et al., 2016). Também não há orientações claras sobre como se reduzir as visões negativas da velhice por meio de intervenções direcionadas (BURNES et al., 2019).

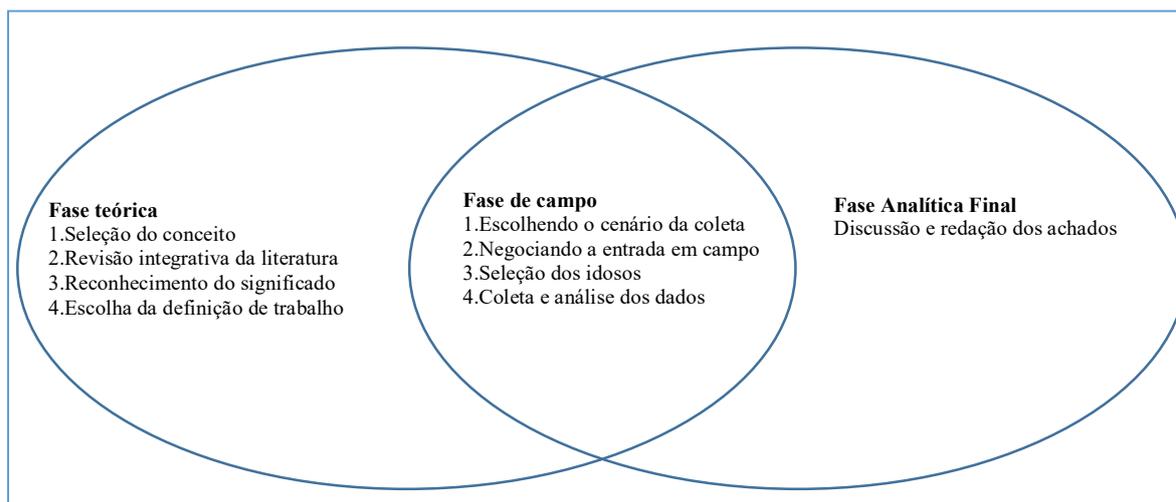
O método da análise conceitual pode ser utilizado por vários motivos e um deles é que, mesmo havendo uma robusta literatura a respeito do tema, ele pode ser desenvolvido para esclarecer aspectos ainda confusos (MORSE, 1995).

Em recente busca da literatura realizada em 2021, encontramos apenas um estudo, o qual se propôs a analisar o conceito de ageísmo no ano de 2009 a partir de uma revisão de literatura narrativa (IVERSEN; LARSEN; SOLEM, 2009), diferenciando-se da nossa proposta, que está configurada como um estudo de desenvolvimento do conceito a partir do modelo híbrido de Schwartz-Barcott e Kim (2000), que integra dados da literatura e dados empíricos. O que propomos neste estudo se justifica porque todo conceito evolui com o tempo; na pandemia da COVID-19, o ageísmo ganhou notoriedade, o que indica a necessidade de estudá-lo para, possivelmente, incorporar novos elementos ao fenômeno, tornando-o operacional na teoria, na pesquisa e na vivência prática no campo da saúde coletiva, considerando o contexto brasileiro e em suas variadas áreas do conhecimento.

4.2 O modelo híbrido de análise do conceito

O modelo híbrido de Schwartz-Barcott e Kim (2000), o qual adotamos neste estudo, é composto de três fases: teórica, empírica e analítica, sintetizadas na Figura 2.

Figura 2 – Fases do modelo híbrido da análise do conceito



Fonte: Schwartz-Barcott e Kim (2000).

Embora seja possível separar essas fases, Schwartz-Barcott e Kim (2000) sugerem que elas se tornam mais efetivas quando o pesquisador entra no campo mais ou menos ao mesmo tempo em que se começa a revisão de literatura. Quando iniciar a fase empírica, já tendo concluído a revisão de literatura, o pesquisador estará mais comprometido com a validação de um conceito específico do que com os questionamentos sobre a adequação e o significado do conceito na fase de trabalho de campo. Portanto, as autoras recomendam que elas sejam realizadas de forma concomitante.

4.2.1 Fase teórica

A fase inicial é teórica por natureza, embora se baseie diretamente em uma experiência da prática clínica. O foco principal dessa fase é a revisão de literatura e o mapeamento de elementos essenciais do conceito: os atributos, os antecedentes e os consequentes. Essa fase termina quando se identifica uma definição de trabalho que será operacionalizada na fase empírica. Para que ocorra a escolha dessa definição, Schwartz-

Barcott e Kim (2000) alertam que é preciso elencar os principais pontos de concordância e discordância nas definições encontradas.

4.2.2 Fase empírica

A fase de trabalho de campo visa corroborar e refinar um conceito, estendendo e integrando a análise iniciada na fase anterior, com as observações empíricas obtidas nesta etapa. Envolve a) a escolha do cenário de coleta de dados; b) a negociação da entrada em campo; c) a seleção de casos, com quem o investigador deve falar e como focar as observações no campo, que vão depender da unidade de análise em estudo e do grau de clareza e intersubjetividade encontrados na revisão inicial de literatura. Nesse momento, um grande número de casos é desnecessário e indesejável, já que quantidades menores aumentam a possibilidade de contato frequente e repetido; d) a coleta, que pode ser realizada mediante observação dos participantes e entrevista em profundidade; e) a análise de dados, em que o pesquisador vai organizar e analisar os dados mais relevantes ao conceito (SCHWARTZ-BARCOTT; KIM, 2000).

4.2.3 Fase analítica final

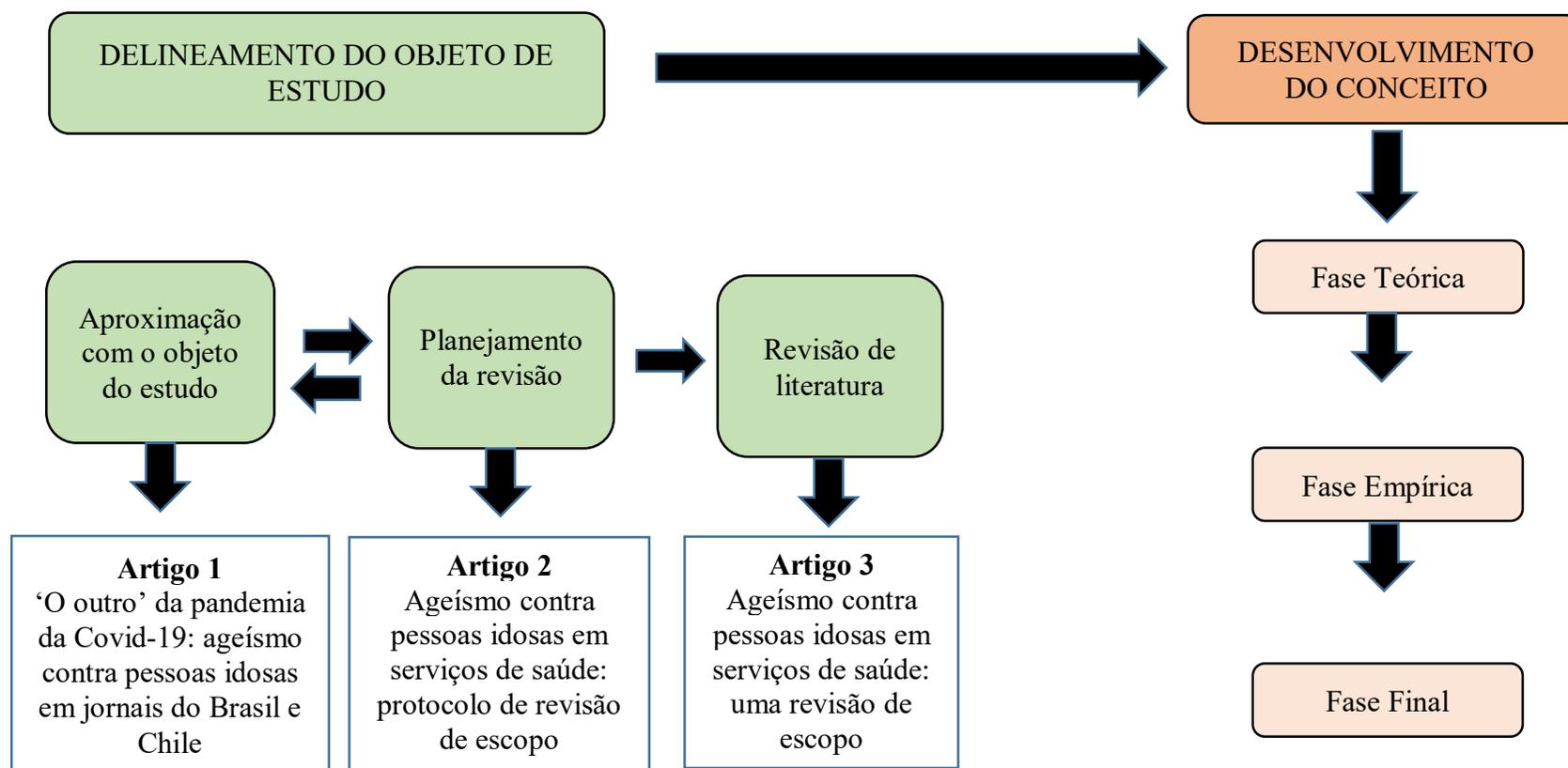
Este momento será reservado para a que o investigador examine os achados empíricos à luz da teoria. Haverá a discussão e redação dos resultados. Às vezes, o mais importante não é o quanto as descobertas apoiam a existência de um determinado conceito, mas sim a reformulação da ideia inicial que emerge das observações e análises empíricas. Se a importância do conceito foi sustentada, o próximo passo é reconsiderar as descobertas à luz da definição e mensurabilidade do conceito. Ou seja, o modelo híbrido requer a integração dos dois momentos: a análise do conceito e o trabalho de campo (SCHWARTZ-BARCOTT; KIM, 2000).

5 Percurso metodológico

A escolha do método para desenvolvimento deste estudo se deu a partir do caminho que foi sendo trilhado ao longo das leituras, reflexões e orientações.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa porque se baseia no princípio da qualidade da informação (ao invés da quantidade) e porque pressupõe dados de alta qualidade e estratégias analíticas eficientes, possibilitando a criação e uma nova compreensão do fenômeno, oferecendo uma sofisticada representação dos processos que constituem um fenômeno, um modelo explicativo ou um conceito (GASTALDO, 2021).

O percurso metodológico utilizado para alcance dos objetivos pode ser visualizado na Figura 3.

Figura 3 – Fluxograma de desenvolvimento das fases da pesquisa

Fonte: Elaboração própria.

5.1 Métodos de desenvolvimento do conceito modelo híbrido

A análise do conceito é dividida em três fases: teórica, empírica e analítica. O detalhamento de como ela foi realizada será descrito a seguir.

5.1.1 Fase teórica do desenvolvimento do conceito

A fase teórica do desenvolvimento do conceito inicia-se com uma busca sistemática e interdisciplinar de estudos, por meio da revisão da literatura, mapeamento dos elementos essenciais e refinamento do conceito selecionado (SCHWARTZ-BARCOTT; KIM, 2000).

Para isso, optamos por desenvolver uma revisão de escopo para mapear e selecionar os estudos que tratam da temática.

Composição do corpus para fase teórica do desenvolvimento do conceito

Para constituir o corpus de análise da fase teórica, desenvolvemos um protocolo de revisão de escopo que está publicado na Revista *Online Brazilian Journal Of Nursing* (ARAÚJO; CARVALHO, 2023) e será apresentado abaixo no formato de artigo científico, cuja formatação segue as normas da revista.

Título do artigo: Ageísmo contra pessoas idosas em serviços de saúde: um protocolo de revisão de escopo

RESUMO

Objetivos: mapear e caracterizar as produções científicas sobre ageísmo contra pessoas idosas em serviços de saúde; identificar expressões de ageísmo e descrever medidas de prevenção e enfrentamento ao ageísmo contra pessoas idosas em serviços de saúde.

Métodos: Serão incluídas publicações em inglês, espanhol e português, sem delimitação temporal de estudos primários, teses e dissertações com o intuito de recuperar o maior número de publicações. A estratégia de pesquisa será aplicada em PUBMED, SCIELO, LILACS, CINAHL, PsycINFO, Ageline, Embase, Scopus e Web of Science Core Collection, Teses Capes, Cybertesis, DART-E, RCAAP, B-ON. A seleção dos títulos, resumos e texto completo será realizada por dois revisores de forma independente e cegada. A lista de referências dos artigos recuperados na íntegra serão rastreadas para inclusão no estudo. Os dados serão extraídos por dois revisores e apresentados em figuras,

gráficos e resumos narrativos. As divergências serão resolvidas por consenso ou por um terceiro revisor.

Descritores: Ageísmo; Idoso; Serviços de saúde.

INTRODUÇÃO

O termo ageísmo foi utilizado pela primeira vez pelo gerontólogo e psiquiatra Butler⁽¹⁾ para se referir à inquietação, repulsa e aversão por parte dos jovens e pessoas de meia-idade para com o envelhecimento, doença, deficiência, impotência, "inutilidade" e morte e que costumam ser vinculadas às pessoas em razão de sua idade. Atualmente é reconhecido que o ageísmo pode ser direcionado a qualquer faixa etária, entretanto, até agora o preconceito contra a pessoa idosa tem recebido mais atenção, uma vez que em contextos ocidentais é comum ela ser representada como frágil, fraca, dependente, não produtiva e cujos problemas de saúde são naturalizados e compreendidos como parte normal do envelhecimento⁽²⁾.

A literatura trata o ageísmo como um conceito multifacetado e que envolve três dimensões distintas: uma cognitiva (estereótipos), uma afetiva (preconceito) e uma dimensão comportamental (discriminação). A dimensão cognitiva abrange estereótipos negativos sobre o envelhecimento, são adquiridos muito cedo e tendem a agir como profecias autorrealizáveis na velhice⁽³⁾. Os estereótipos são ativados quando há uma desconsideração das especificidades das pessoas idosas e podem gerar rótulos que significam separar as pessoas em categorias distintas e ativar crenças que depreciam os sujeitos e ocasionam consequências negativas em diversos âmbitos da vida⁽⁴⁾. A dimensão afetiva (preconceitos) cria distinções dentro dos grupos ou fora dele, e a comportamental, que compreende a discriminação que ocorre quando se utilizam práticas de exclusão para com o outro e os colocam em posições sociais desvantajosas por causa de sua idade¹.

No que tange à origem, o ageísmo pode ocorrer a partir de três níveis: o microestrutural, que emerge do próprio sujeito e seus pensamentos, emoções e ações (ageísmo autodirigido); o mesoestrutural, que surge a partir dos grupos, organizações e outras entidades sociais; e o macroestrutural, que pode se desenvolvido a partir dos valores culturais ou sociais como um todo. Independente da origem, o ageísmo pode ser sutil e dificilmente notado, ou explícito e bem conhecido. Ele molda a percepção das pessoas idosas sobre suas habilidades e necessidades, bem como a visão das pessoas ao redor das mesmas⁽²⁾.

O ageísmo em serviços de saúde se expressa a partir de atitudes e práticas tendenciosas relacionadas à idade, está presente nos níveis cultural e institucional e tem repercussão importante na atenção prestada à saúde das pessoas idosas, além de potencializar desigualdades nos sistemas e serviços de saúde⁽⁵⁾.

Os estereótipos, preconceitos e discriminações que operam no contexto desses serviços são significativamente associados a piores condições de saúde, como também, geram acesso negado a cuidados de saúde, diagnósticos e tratamentos, indicam longevidade reduzida, baixa qualidade de vida e bem-estar, comportamentos de risco à saúde, relações sociais ruins, doença física, doença mental e deficiência cognitiva⁽⁴⁾. Isto posto, faz-se necessário conhecer as medidas de enfrentamento que tem sido implementadas nos serviços de saúde para o combate do ageísmo em pessoas idosas, já que não há orientações claras sobre como reduzir as visões negativas da velhice por meio de intervenções direcionadas⁽⁶⁾.

Com a pandemia da COVID-19, este antigo fenômeno ganha visibilidade no Brasil e no mundo através da *hashtag* #BoomerRemover, conceito pejorativo que destaca atitudes preconceituosas e discriminatórias quanto à idade⁽⁷⁾. Quando o número de casos por esta infecção começou a aumentar no mundo, as pessoas idosas foram retratadas como grupo de risco, vulneráveis, e que deveriam estar dispostas a arriscar suas vidas para salvar os mais jovens e ajudar a sociedade em geral. Isso reacendeu visões preconceituosas sobre a velhice e a idade cronológica passou a ser único critério para a adoção de medidas restritivas de combate ao coronavírus e para selecionar quem deveria acessar recursos de saúde. As pessoas maiores de 60 anos foram então automaticamente equiparadas à vulnerabilidade, dependência e contribuição social limitada⁽⁸⁾. Essa generalização tende a desconsiderar as desigualdades sociais e as precárias condições de vida que influenciam significativamente as vulnerabilidades às quais essa população está exposta⁽⁹⁾.

Diante do exposto e considerando os novos elementos que a pandemia pode agregar ao estudo e aprofundamento do ageísmo em serviços de saúde, foi realizada uma pesquisa preliminar, com os descritores "ageism" e "health", conduzida em fevereiro de 2021 no PROSPERO, PubMed, OSF, JBI Evidence Synthesis e Cochrane Database of Systematic Reviews, e nenhuma revisão de escopo para mapear as características, expressões e estratégias de enfrentamento ao ageísmo contra pessoas idosas em serviços de saúde foi encontrada.

Assim, esta revisão se justifica pela possibilidade de fornecer implicações para estudos futuros, contribuir como guia para a formulação de políticas e estratégias para reduzir o ageísmo nos serviços de saúde, bem como ajudar na formação de trabalhadores da saúde.

O objetivo geral desta revisão é:

Mapear as produções científicas sobre ageísmo contra pessoas idosas em serviços de saúde;

Objetivos secundários:

Caracterizar os estudos sobre ageísmo contra pessoas idosas em serviços de saúde;

Identificar expressões de ageísmo contra pessoas idosas em serviços de saúde;

Descrever as medidas de prevenção e enfrentamento ao ageísmo contra pessoas idosas em serviços de saúde.

Questão geral de revisão

Como a literatura científica aborda o ageísmo contra pessoas idosas em serviços de saúde?

Subquestões:

Quais as características dos estudos sobre ageísmo contra pessoas idosas em serviços de saúde (métodos, participantes, tipos de serviços de saúde pesquisados, instrumentos de mensuração do fenômeno)?

Como o ageísmo contra pessoas idosas se expressa em serviços de saúde?

Quais as medidas de prevenção e enfrentamento ao ageísmo contra pessoas idosas em serviços de saúde?

Palavras-chave

Elderly, old age, aging, old, older people, older adults, senior, aged, geriatric, older adulthood, prejudice, ageism, discrimination, stereotypes, health services.

Crítérios de inclusão

Participantes

Os participantes serão quaisquer profissionais e trabalhadores da saúde que atuam em serviços de saúde e as pessoas idosas que utilizam os serviços de saúde.

Conceito

Serão incluídos nesta revisão todos os estudos que abordarem as expressões de ageísmo e seus sinônimos, que são estereótipos, preconceitos e discriminação de idade, sofrido pelas pessoas idosas e que são reveladas a partir de toda e qualquer inquietação, repulsa, aversão e exclusão em decorrência do envelhecimento e velhice. O ageísmo pode ser expresso a partir de três dimensões distintas: cognitiva, que envolve os estereótipos, imagens e crenças e está relacionado ao que as pessoas pensam sobre a velhice e os idosos; afetiva, que compreende o preconceito de idade; e comportamental que envolve a discriminação, exclusão e marginalização das pessoas idosas^(1,2).

Contexto

Esta revisão considerará todos os estudos realizados em serviços de saúde, que envolve todos os componentes do sistema de saúde prestados na atenção primária, secundária e terciária.

Os serviços de saúde são estabelecimentos destinados a promover a saúde das pessoas, protegê-las de doenças e agravos, prevenir e limitar os danos a elas causados e reabilitá-las quando sua capacidade física, psíquica ou social for afetada¹⁰.

Fontes de evidência

Esta revisão de escopo considerará como fontes de evidência textos completos de estudos primários, teses e dissertações, disponíveis na principais bases de dados da área da saúde, psicologia e gerontologia, publicadas português, inglês e espanhol e sem limites temporais, com a justificativa de recuperar o maior número possível de publicações.

A revisão considerará como fontes de evidência estudos do tipo quantitativo sejam eles clínicos e de intervenção, observacionais, estudos de caso, estudos ecológicos e séries temporais; estudos qualitativos de qualquer natureza que utilizem dados primários; e estudos com dados secundários. Não serão incluídos estudos de revisão, artigos de opinião, ensaios teóricos, comentários, capítulos de livro e livro.

MÉTODOS

A revisão de escopo será conduzida de acordo com a metodologia do JBI para revisões de escopo⁽¹¹⁾ e está registrada na plataforma para registro de trabalhos científicos *Open Science Framework* (<https://osf.io/pv2by>).

Estratégias de pesquisa

A estratégia de pesquisa terá como objetivo encontrar estudos primários, teses e dissertações em várias bases de dados e será organizada em quatro fases:

Fase 1: Uma pesquisa inicial no *PubMed* e *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL) via *Business Source Complete* (EBSCO) foi realizada para identificar artigos sobre o assunto e as palavras-chaves encontradas nos títulos, resumos e descritores/*MeSH* foram selecionadas para compor a estratégia de busca (Figura 1), que será aplicada e adaptada para todas as bases de dados que farão parte desta pesquisa.

Fonte de informação	Estratégia de Busca	Nº
PubMed	((("Ageism"[MeSH Terms] OR "Age Discrimination" [All Fields] OR "Age discriminations"[All Fields] OR ("Ageism"[MeSH Terms] OR "Ageism" [All Fields])) AND ("Aged" [MeSH Terms] OR ("Aged" [MeSH Terms] OR "Aged" [All Fields]) OR ("older" [All Fields] OR "olders" [All Fields]) OR "elder*"[All Fields] OR ("senior" [All Fields] OR "seniorities" [All Fields] OR "seniority" [All Fields] OR "seniors" [All Fields]) OR "geriatr*"[All Fields]) AND ("Health"[MeSH Terms] OR ("Health"[MeSH Terms] OR "Health"[All Fields] OR "healths"[All Fields] OR "healthful"[All Fields] OR "healthfulness" [All Fields] OR "healths" [All Fields]))) Filters: Aged 65+ years, 80 and over: 80+ years, Middle Aged: 45-64 years.	737
CINAHL	MH "ageism" OR TI (ageism or "age discrimination" or "age bias" or "age stereotype" OR "age prejudice") OR AB (ageism or "age discrimination" or "age bias" or "age stereotype" OR "age prejudice") AND MH aged OR TI (aged OR elderly OR senior OR "older people" OR geriatric OR elder*) OR AB (aged or elderly or senior or "older people" or geriatric OR elder*) AND MH Health OR TI (health OR "health services" OR "Health Care Services" OR "Public Health Service") OR AB (health OR "health services" OR "Health Care Services" OR "Public Health Service") AND (Restringir por SubjectAge: - aged, 80 & over Restringir por SubjectAge: - middle aged: 45-64 years Restringir por SubjectAge: - aged: 65+ years) AND (Restringir por revistas acadêmicas)	184

Figura 1- Estratégia de pesquisa. Feira de Santana, Bahia, Brasil, 2021.

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2021.

Fase 2: A estratégia de busca será aplicada no Portal *PubMed* (NLM/NCBI), biblioteca digital da *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO) e nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), CINAHL (EBSCO) e

PsycINFO, Angeline, Embase, Scopus e Web of Science Core Collection. A escolha dos portais e bases de dados se deu por se constituírem em grandes acervos de publicações nas áreas do estudo pretendido. A elaboração das chaves de busca e a coleta dos artigos nas distintas bases de dados serão desenvolvidas com o apoio de uma bibliotecária especializada em revisões.

Fase 3: As listas de referências de artigos recuperados na busca de texto completo e incluídos na seleção final também serão rastreados para inclusão na amostra do estudo. Em caso de indisponibilidade de acesso a textos completos nas bases de dados, os autores das produções científicas poderão ser contatados.

Fase 4: A busca da literatura cinzenta será realizada através dos: *Teses Capes; Cybertesis Repositorio de Tesis Digitalis; Portal DART-Europe E-theses; Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP); Biblioteca do Conhecimento Online-b-on (Online Knowledge Library)*. Os autores dos documentos selecionados poderão ser contatados caso haja alguma dúvida na leitura do estudo ou ausência de informação.

Seleção dos estudos

Após a pesquisa, todas os estudos identificados serão agrupados e enviados à ferramenta *EndNote (Clarivate Analytics, EUA)* para serem removidos os estudos duplicados. Em seguida, de forma independente e cegada, através da ferramenta *Rayyan Intelligent Systematic Review*, dois revisores realizarão a leitura e seleção de títulos e resumos e, mediante os critérios de inclusão deste estudo, poderão incluir ou excluir as produções científicas. Posteriormente, após resolvidas possíveis divergências entre os revisores na seleção de títulos e resumos, será realizada a leitura de texto completo que ocorrerá também por dois revisores de forma independente e cegada e os motivos para a exclusão das produções serão quantificados e justificados. As divergências poderão ser sanadas mediante consenso entre os dois revisores ou por meio de decisão do terceiro revisor. Os achados desta revisão serão reportados pelo PRISMA (*flow diagram for new systematic reviews which included searches of databases, registers and other sources*)⁽¹²⁾ e a extensão do *Checklist PRISMA-ScR (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses)* será utilizada como um guia para a elaboração do relatório final ⁽¹³⁾.

Extração dos dados

Os dados serão extraídos do corpus de análise por dois revisores em um instrumento de extração de dados desenvolvido pelo JBI⁽¹¹⁾, adaptado pelos revisores para atender aos objetivos da pesquisa (Figura 2) e que versa sobre identificação do estudo (autoria, título, ano de publicação, periódico, volume, número), objetivo principais, pergunta de pesquisa, critérios de inclusão, metodologia (tipo de estudo, participantes, contexto, instrumentos de mensuração do fenômeno) e resultados (expressões de ageísmo e medidas de prevenção e enfrentamento). Estas informações poderão ser modificadas pelos revisores ao longo do processo de extração dos dados, visando o melhor atendimento dos objetivos do estudo. As alterações que vierem a ser feitas no instrumento deverão ser relatadas no texto final da revisão de escopo. Possíveis divergências quanto aos dados extraídos pelos revisores deverão ser resolvidas por meio de discussão e consenso ou através da extração de dados por um terceiro revisor. Um teste piloto do instrumento em três estudos será realizado pelos revisores para se familiarizar com a extração dos dados. Em que caso de dúvida na extração dos dados ou de informações ausentes no artigo os autores dos estudos poderão ser contatados.

INSTRUMENTO DE EXTRAÇÃO DE DADOS						
IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO						
Tipo de doc.	Título	Autoria	Periódico	Volume e Número	Ano	
OBJETIVO DO ESTUDO						
PERGUNTAS DE PESQUISA						
CRITÉRIOS DE INCLUSÃO DO ESTUDO						
METODOLOGIA DO ESTUDO						
País	Cidade	Local	Ano do estudo			
Tipo de pesquisa	Participantes	Serviços de saúde	Instrumentos de mensuração			
RESULTADOS DO ESTUDO						
EXPRESSÕES DE AGEÍSMO CONTRA PESSOAS IDOSAS						
MEDIDAS DE PREVENÇÃO E ENFRENTAMENTO AO AGEÍSMO						

Figura 2- Instrumento de extração de dados. Feira de Santana, BA, Brasil, 2021.

Fonte: Adaptado do *JBIM Manual for Evidence Synthesis*, 2020.

Análise e apresentação dos dados

Os resultados desta revisão de escopo serão apresentados em forma de resumo narrativo, figuras, gráficos e/ou quadros que serão construídos para retratar os achados e atender aos objetivos da revisão. Para uma melhor apresentação dos dados será elaborado um quadro que conterá autores, título, objetivo, metodologia (tipo de estudo e informações sobre o mnemônico população e contexto de cada artigo selecionado) e as expressões de ageísmo em serviços de saúde. A evolução temporal das publicações será apresentado em forma de gráfico de linha e as demais informações em estatística simples e resumos narrativos.

REFERÊNCIAS

- 1 Butler RN. Age-ism: Another form of bigotry. *The Gerontologist* [internet] 1969; [cited 2020 dez 15];9(4):243–246. Available from: [10.1093/geront/9.4_part_1.243](https://doi.org/10.1093/geront/9.4_part_1.243).
- 2 Ayalon L, Tesch-Romer C. Introduction to the section: Ageism, Concept and Origins. In: Ayalon L, Tesch--Romer C, editors. *Contemporary Perspectives on Ageism*. Sheying Chen Pace University: New York, USA; 2018; [cited 2022 mar 17] p.1-9. Available from: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/978-3-319-73820-8.pdf>
- 3 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* [internet] 2020; [cited 2020 mar 11];apr 8;17(7):2560. Available from: [10.3390/ijerph17072560](https://doi.org/10.3390/ijerph17072560).
- 4 Chang ES, Kanno S, Levy S, Wang SY, Lee JE, Levy BR. Global reach of ageism on older persons' health: A systematic review. *PLoS One* [internet] 2020; [cited 2021 fev 12];jan 15;15(1):e0220857. Available from: doi.org/10.1371/journal.pone.0220857
- 5 Wyman MF, Shiovitz-Ezra S, Bengel J. Ageism in the Health Care System: Providers, Patients, and Systems. In: Ayalon L, Tesch--Romer C, editors. *Contemporary Perspectives on Ageism*. Sheying Chen Pace University: New York, USA; 2018; [cited 2022 mar 17] p.193-212. Available from: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/978-3-319-73820-8.pdf>
- 6 Burnes D, Sheppard C, Henderson CR Jr, Wassel M, Cope R, Barber C, Pillemer K. Interventions to Reduce Ageism Against Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Am J Public Health* [internet] 2019; [cited 2022 mai 9]; Aug;109(8):e1-e9. Available from: [10.2105/AJPH.2019.305123](https://doi.org/10.2105/AJPH.2019.305123)
- 7 Fraser S, Lagacé M, Bongué B, et al. Ageism and COVID-19: what does our society's response say about us? *Age Ageing* [internet] 2020; [cited 2022 fev 25];Aug 24;49(5):692-695. Available from: [10.1093/ageing/afaa097](https://doi.org/10.1093/ageing/afaa097).

- 8 Ayalon L. There is nothing new under the sun: ageism and intergenerational tension in the age of the COVID-19 outbreak. *Int Psychogeriatr* [internet] 2020; [cited 2022 fev 25]; Oct;32(10):1221-1224. Available from: 10.1017/S1041610220000575
- 9 Osorio-Parraguez P, Jorquera I P, Tessini MA. Vejez y vida cotidiana en tiempos de pandemia: estrategias, decisiones y cambios. *Aging and daily life in pandemic times: strategic, decisions and changes. Horiz. Antropol.* [internet] 2021; [cited 2022 mai 9]; jan/abr(59):227-243. Available from: <https://doi.org/10.1590/S010471832021000100012>.
- 10 Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Tecnologia da Organização dos Serviços de Saúde. Acesso em: 17 de março de 2022. Disponível em: <https://www.anvisa.gov.br/servicosaude/organiza/index.htm>
- 11 Peters MDJ, Godfrey C, McInerney P, Munn Z, Tricco AC, Khalil, H. Chapter 11: Scoping Reviews (2020 version). In: Aromataris E, Munn Z (Editors). *JBIM Manual for Evidence Synthesis*, JBI, 2020; [cited 2022 mar 17]; Available from: <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>.
- 12 Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, Shamseer L, Tetzlaff JM, Moher D. Updating guidance for reporting systematic reviews: development of the PRISMA 2020 statement. *J Clin Epidemiol.* [internet] 2021; [cited 2022 jun 2]; jun(134):103-112. Available from: 10.1016/j.jclinepi.2021.02.003.
- 13 Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, Moher D, Peters MD, Horsley T, Weeks L, Hempel S, et al. PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. *Ann Intern Med* [internet] 2018; [cited 2022 jan 24]; 169(7):467-473. Available from:10.7326/M18-0850

Execução da revisão de escopo

Este momento foi composto pela execução da revisão de escopo, que se deu seguindo rigorosamente a metodologia proposta pelo Instituto Joanna Briggs (JBI) e cumprindo em pares todo o protocolo de pesquisa. Os resultados serão apresentados no capítulo 6.

Organização do corpus de análise da fase teórica e extração de dados

Uma vez selecionados os artigos para a análise do conceito, iniciamos a organização dos artigos e procedemos com a extração dos dados teóricos. Para tal, todos os artigos em inglês foram traduzidos para a língua portuguesa por meio do *Google Tradutor* e, em seguida, exportados para o *software* de apoio a pesquisa qualitativa MAXQDA, versão 2020 (<https://www.maxqda.com/pt>).

Este *software* de análise qualitativa de dados permite avaliar sistematicamente dados qualitativos e interpretar dados textuais por meio da análise de conteúdos. É considerado uma importante ferramenta para a gestão do conhecimento, para o desenvolvimento de teorias e para testar as conclusões teóricas de uma análise. Tem sido utilizado em diferentes disciplinas e áreas de conhecimento, nomeadamente na sociologia, psicologia, antropologia, educação, marketing, economia e outras (OLIVEIRA et al., 2015).

O *software* MAXQDA possui funções amplas e diferenciadas, combinadas com uma visualização única e avançada disponível para os processos de codificação, memo-escrita e navegação, contando ainda com integração com *Microsoft Office* e *Internet Explorer*. No que concerne à análise de texto, ele permite a transcrição direta das entrevistas realizadas pelos investigadores, permitindo sincronizar o texto com o registro em áudio e/ou vídeo, facilitando o processo. A análise de dados produzida pelo programa gera diversas visualizações que facilitam a interpretação e a formulação de conclusões, além de favorecer a descrição dos resultados (OLIVEIRA et al., 2015).

Dentro dessa ferramenta, os artigos foram organizados por autor(es) e ano de publicação e lidos minuciosamente. Em seguida, buscando responder às questões que constam no instrumento de extração de dados (Apêndice A) acerca dos antecedentes,

atributos e consequentes do conceito, procedemos à codificação dos fragmentos dos textos que respondiam às referidas questões.

Ao final de todo o processo, foram gerados 169 códigos dentre os antecedentes, consequentes e atributos do ageísmo. Em seguida, geramos um relatório qualitativo com os códigos (temas) e os fragmentos dos textos com o objetivo de socializar e discutir os achados do estudo com o grupo de pesquisa, de forma a validá-los.

Essa validação foi realizada mediante uma oficina de análise do conceito, com carga horária de 10 horas, com a participação dos membros do grupo de pesquisa COGITARE (Pesquisas sobre representações, práticas de cuidado a grupos em vulnerabilidade e famílias), cadastrado no CNPq, cujos participantes são docentes mestres e doutores, discentes de mestrado e doutorado, estudantes da residência da saúde da família e de urgência e emergência da UEFS, e também discentes da graduação que estudam, dentre outros assuntos, estigma, preconceito e discriminação. Ademais, contamos com a participação de um docente doutor convidado com expertise na metodologia da análise de conceito e de profissionais da saúde que atuam em serviços públicos. Esse momento foi essencial para definir temas que se relacionavam ou não com os antecedentes, consequentes e atributos do conceito, proporcionando o amadurecimento e a reflexividade do grupo para com o objeto em questão. Posteriormente, iniciamos a discussão dos achados da fase teórica.

Escolha de um conceito inicial

Este momento é norteado pela escolha de um conceito inicial, o qual passará por um exame mais detalhado nas fases seguintes do modelo híbrido, sendo aperfeiçoado ou refutado.

5.1.2 Fase empírica do desenvolvimento do conceito

Este momento visou corroborar e refinar o conceito do ageísmo em serviços de saúde. A seguir estão descritas as etapas desta fase.

Preparação do cenário

Os cenários selecionados para pesquisa de campo são serviços de saúde que foram identificados na fase teórica do estudo. Serviços de saúde envolvem todos os componentes do sistema de saúde prestados na atenção primária, secundária e terciária. São estabelecimentos destinados a promover a saúde das pessoas, protegê-las de doenças e agravos, prevenir e limitar os danos a elas causados e reabilitá-las, quando a capacidade física, psíquica ou social for afetada (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2022).

Os serviços de saúde selecionados estão localizados no município de Feira de Santana, no interior no estado da Bahia, Região Nordeste do Brasil. Está localizada a 108 quilômetros da capital, com a qual se liga através da BR-324. Possui uma média de 616.279 habitantes e constitui-se em uma cidade de relevância para a atenção à saúde da população baiana, por possuir 149 estabelecimentos de saúde vinculados ao SUS (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2022). Os cenários de pesquisa, participantes e critérios de inclusão e exclusão estão detalhados no Quadro 2.

A escolha do hospital se deu porque o HGCA é de grande porte, público e de referência para atendimento de média e alta complexidade na Bahia – pessoas idosas de aproximadamente 123 municípios da Bahia são atendidas.; a UNACON foi selecionada por ser o único centro de atendimento a pessoas com câncer de natureza pública da macrorregião de Feira de Santana; a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) foi aquela mais próxima geograficamente do HGCA; a Unidade de Saúde da Família (USF) foi do Campo Limpo I, V e VI, por serem unidades que são campos de atuação da UEFS, onde se desenvolvem práticas de cuidados a pessoas idosas; e a Universidade Aberta à Terceira Idade foi escolhida por ser um programa que tem mais de 900 pessoas idosas cadastradas e que são moradoras e utilizam os serviços de saúde pública e da rede privada do município de Feira de Santana.

Destaca-se que a escolha dos cenários para a fase empírica se deu em consonância com os achados da fase teórica.

Quadro 2 – Resumo dos cenários de pesquisa, participantes, critérios de inclusão e exclusão da fase empírica do desenvolvimento do conceito

CENÁRIOS	PARTICIPANTES	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO
Atenção Primária à Saúde: Unidade Saúde na Família	-Médico(a) -Enfermeiro(a)	Ter pelo menos um ano de atuação no setor e função de trabalho	Profissionais que estejam de férias ou licenças médica, maternidade ou de outra natureza
Atenção de Média Complexidade: Unidade de Pronto Atendimento (UPA)	-Enfermeiro(a) gerente	Atuar por pelo menos um ano na unidade como coordenador ou gerente	
Atenção de Alta complexidade Hospital Geral Clériston Andrade (HGCA)	-Médico(a) UTI /diarista - Médico(a) na Clínica Médica -Enfermeiro(a) da UTI -Enfermeiro(a) da clínica médica - Enfermeiro(a) clínica cirúrgica	Atuar no setor específico há pelo menos um ano	
Unidade de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON)	- Médico(a) coordenador; -Enfermeiro(a)	Atuar na função específica há pelo menos um ano	Pessoas idosas que estejam com dor,
Universidade Aberta à Terceira Idade	Pessoas idosas	Pessoas idosas que frequentam a UATI e que utilizem os serviços públicos de saúde	desconforto físico, instabilidade clínica ou cognitiva

Fonte: Elaboração própria.

Na fase teórica, os principais contextos estudados pelos artigos selecionados para a análise foram hospitais públicos, e os participantes foram médicos, enfermeiros e pessoas idosas; na fase empírica, nossa escolha dos cenários e participantes foram os hospitais públicos, e os participantes foram médicos, enfermeiros e pessoas idosas. Para Barbosa, Oliveira e Fernandes (2019), essa concordância deve acontecer porque a probabilidade de observação do fenômeno na fase de campo é maior quando ela ocorre em conformidade com os achados da fase teórica. Dessa forma, as escolhas dos cenários e participantes foram realizadas, a fim de desenvolver elementos fundamentais do conceito e aumentar a generalização deste no contexto dos serviços de saúde.

Negociação da entrada no campo

Para que fosse desenvolvida a coleta dos dados da fase empírica da análise do conceito, este projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da UEFS para avaliação e aprovação. Para tal, foram enviados ofícios para a Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana, o HGCA, a UNACON e a UATI, solicitando autorização para a realização da pesquisa nos campos empíricos.

Uma vez obtida a anuência para a realização da pesquisa pelos cenários do estudo, o projeto foi encaminhado para apreciação ética. Após aprovação pelo CEP da UEFS iniciamos a aproximação com os participantes do estudo (CAAE: 59813522.8.0000.0053).

Tal aproximação se deu por meio de visitas aos serviços de saúde e aos setores selecionados para a pesquisa, bem como à coordenação da UATI, com apresentação do projeto de pesquisa. Em seguida, iniciamos o contato com os participantes do estudo, o qual será descrito no item abaixo.

Seleção de casos

Os participantes do estudo estão descritos na Quadro 2. O número de participantes não foi, a priori, uma preocupação do método escolhido, uma vez que o contexto de estudo, a proposta, a compreensão dos casos estudados e a maneira como ele será capaz de comunicar os resultados aos leitores fazem parte dos critérios necessários para definição do quantitativo amostral. Além disso, muitas decisões foram tomadas a partir das análises realizadas na fase da revisão de escopo. Em relação à quantidade de participantes, por exemplo, é desnecessário e indesejável um grande número (SCHWART-BARCOT; KIM, 2000). Portanto, com o avançar da coleta e análise dos dados, chegamos a um quantitativo de 27 participantes, a partir dos quais obtivemos saturação teórica para atendimento aos objetivos do estudo.

Os participantes foram selecionados por conveniência, cujos critérios de inclusão e exclusão estão descritos no Quadro 2. A decisão de entrevistar médicos e enfermeiros se deu para manter consonância com a fase teórica do desenvolvimento do conceito, em que os participantes dos estudos selecionados na revisão de escopo foram em sua maioria composta por médicos e enfermeiros.

As pessoas idosas foram selecionadas nos serviços de saúde e na UATI, nos quais foi explicado o projeto e feito o convite para participar da entrevista que aconteceu, preferencialmente, após as oficinas, de forma a garantir mais tranquilidade e menos ansiedade pela espera do atendimento por parte da pessoa idosa.

Os(as) profissionais de saúde foram contatados pessoalmente, via telefone ou e-mail, com explicação sobre o projeto seguida de convite para participar da entrevista e, nos casos positivos, agendamento das entrevistas, respeitando as preferências dos(as) participantes de dias e horários mais adequados e locais nos serviços mais apropriados para resguardo da privacidade.

Todos os participantes que aceitaram o convite tiveram o direito de ler o Registro de Consentimento Livre e Esclarecido (RCLE) (Apêndice B) e assinar em duas vias (ficando com uma delas), sendo que o RCLE (Apêndice C) para as pessoas idosas foi apresentado em formato de cartilha – para facilitar a compreensão das pessoas idosas não alfabetizadas ou com baixa escolaridade –, com fonte 14 – para melhor visualização por parte das pessoas com dificuldades visuais – e com linguagem acessível – para favorecer a compreensão do RCLE e da pesquisa como um todo.

Coleta dos dados

A coleta de dados ocorreu entre os meses de outubro e dezembro de 2022, mediante entrevista em profundidade aplicada a profissionais de saúde (Apêndice D) e a pessoas idosas (Apêndice E).

A entrevista em profundidade é uma técnica que permite a exploração em profundidade das condições de vida dos sujeitos. Ela é vista como instrumento para denunciar preconceitos sociais, práticas discriminatórias ou de exclusão, iniquidades sofridas por certos grupos considerados “diferentes”, “desviantes” ou “marginais” e por minorias étnicas, além de evidenciar o que essas pessoas vivenciam no cotidiano. O recurso da entrevista confere a vantagem de dar-lhes a palavra e compensar a ausência ou falta de poder na sociedade (POUPART et al., 2014).

A entrevista em profundidade ou não dirigida proporciona ainda outras vantagens: permite a coleta de informações sobre as estruturas e o funcionamento de um grupo, de uma instituição ou de uma formação social determinada; do ponto de vista metodológico, é um método eficaz que dá conta da perspectiva dos atores; e oferece a possibilidade de

explorar mais em profundidade as diferentes facetas da experiência do entrevistado (POUPART et al., 2014).

As questões norteadoras da entrevista com os participantes do estudo foram: você conhece ou já ouviu falar no termo ageísmo, preconceito etário, discriminação etária, estereótipos de idade, etarismo, velhismo, idadismo? Descreva situações ou expressões que definem esta situação. Fale sobre possíveis causas e consequências para a situação que você descreveu acima. Fale sobre como enfrentar o ageísmo (Apêndice D).

Além disso, utilizamos notas teóricas e metodológicas para orientar distinções analíticas obtidas nesta fase. Essas notas foram usadas para ir além dos fatos. As notas teóricas são as abstrações que realizamos à medida em que a coleta de dados avança; e as notas metodológicas são instruções utilizadas para orientar a coleta de dados. Todo esse sistema de anotações permitiu sistematização, registro e organização dos dados, além da recuperação rápida de observações-chave e da condução a análises e reflexões contínuas, conforme orientado por Schwartz-Barcott e Kim (2000).

Análise dos dados

A análise dos dados foi realizada simultaneamente à coleta de dados e conduzida por meio da análise temática de Braun e Clarke (2006), seguindo os seguintes estágios:

✓ Familiarização com os dados

As entrevistas foram transcritas de arquivo de áudio (MP3) para arquivo de texto (Word), conferidas, identificadas com a letra P de participante, seguida de sequência numérica e depois a inicial M para entrevista de profissional médico ou médica (P1_M); E de enfermeiro ou enfermeira (P2_E); e I de idoso (P1_I). Posteriormente, foram exportadas para o *software* MAXQDA, versão 2020, organizadas em pasta única e lidas na íntegra para identificar possíveis padrões nos termos utilizados. Após esse momento, tal como na fase teórica, procedeu-se à geração de códigos para os antecedentes, atributos e consequentes do conceito de ageísmo direcionado a pessoas idosas em serviços de saúde.

✓ Pesquisa de temas

Esse momento ocorreu com a geração dos códigos na etapa anterior e, agora, realizou-se a organização dos códigos semelhantes, agrupando-os, quando possível, em temas. Os códigos diferentes (ou que não se agregaram a outros) foram discutidos e

também foram criados temas que compusessem os componentes do conceito. Isso posto, ao invés de temas, para ser fiel às terminologias do método, foi utilizado o termo componentes do conceito.

✓ Revisão dos temas (componentes do conceito)

Na sequência, validamos os componentes que explicam os antecedentes, atributos e consequentes do ageísmo. Toda a análise foi realizada para garantir confirmabilidade, estabelecida mediante discussão entre a autora e a orientadora do estudo; e a confiabilidade, obtido através da discussão dos resultados preliminares com um grupo de pesquisadores (GUBA; LINCOLN, 1994). Uma vez identificados os atributos, antecedentes e consequentes do ageísmo em serviços de saúde, foi produzido um mapa visual para facilitar a condução da etapa seguinte da análise do conceito: a fase analítica final, a qual será apresentada no capítulo 6.

✓ Interpretação dos empíricos

A última etapa da análise consistiu na interpretação dos dados empíricos das notas metodológicas e nas reflexões e *insights* durante o processo de coleta de dados, relacionando-os com a literatura científica.

5.1.3 Fase analítica final

Neste momento, de posse dos dados empíricos, reexaminamos os achados de forma a agregar/atualizar novos elementos ao conceito inicial para decidir apoiar ou não a existência de um determinado conceito. Houve, portanto, a reconsideração das descobertas do trabalho de campo à luz da definição e mensurabilidade do conceito.

Logo, como colocam Schwartz-Barcott e Kim (2000), voltamos às definições iniciais e provisórias, à listagem dos elementos-chaves e à análise dessas definições. Por fim, procedemos com o relato dos resultados da análise do conceito mediante o modelo híbrido e com integração das fases teórica e analítica.

5.2 Aspectos éticos da pesquisa

Os aspectos éticos da pesquisa com seres humanos foram observados. Os(as) participantes que aceitaram participar foram convidados a ler e assinar duas vias do RCLE (apêndices B e C) para atender à Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), e à Resolução 510/2016, ficando com uma via. Os possíveis riscos envolvidos foram constrangimento devido a conflitos de opiniões ou medo de serem fiscalizados, auditados ou punidos de alguma forma, ou ainda vergonha. Nessas situações, a entrevista foi interrompida e foram prestados apoio e escuta, sendo respeitado o desejo do participante de continuar ou remarcar a entrevista. Foi ressaltado no convite aos(as) participantes da pesquisa o anonimato das informações e o sigilo da identidade; deixamos em aberto a opção de desistir da pesquisa em qualquer momento, sem prejuízo algum para o depoente.

Após autorização, as entrevistas foram gravadas em dispositivos de MP3 e transcritas. O material ficará guardado por cinco anos no *Google Drive*.

Quanto à Resolução nº 466/2012, além de aspectos semelhantes aos da Resolução 510/2016, respeitamos outras diretrizes que regem a pesquisa com seres humanos, incluindo: compromisso com o máximo de benefícios e mínimo de riscos; garantia de que danos previsíveis serão evitados; busca do melhor momento, condição e local para esclarecimento e convite para participação; fornecimento de informações claras e acessíveis sobre o estudo aos(as) participantes; garantia da liberdade de participação ou desistência em qualquer etapa sem qualquer prejuízos ou penalidades quanto ao atendimento recebido nos serviços; entrega de RCLE; garantia de ressarcimento em caso de gastos decorrentes da pesquisa; e direito a buscar indenização em caso de danos decorrentes da pesquisa (BRASIL, 2012).

Os seguintes princípios éticos das pesquisas em Ciências Humanas e Sociais preconizados pela Resolução nº 510/2016 foram observados: respeito à autonomia e liberdade dos envolvidos; recusa ao autoritarismo nas relações nos processos de pesquisa; respeito aos valores, hábitos e costumes dos participantes das pesquisas; recusa as formas de preconceito; garantia de consentimento esclarecido dos participantes; garantia da confidencialidade, privacidade e da proteção de sua identidade, inclusive do uso de sua imagem e voz; compromisso em não criar, manter ou ampliar as situações de risco ou vulnerabilidade, nem acentuar o estigma, o preconceito ou a discriminação; e

compromisso de propiciar assistência a eventuais danos materiais e imateriais, decorrentes da participação na pesquisa (BRASIL, 2016).

6.1 Ageísmo direcionado a pessoas idosas durante a pandemia de COVID-19

Para responder ao primeiro objetivo específico, desenvolvemos um estudo documental e etnográfico acerca das manifestações do ageísmo direcionado a pessoas idosas durante o primeiro ano da pandemia e das implicações deste fenômeno para pessoas idosas, familiares e sociedade como um todo. Tais resultados serão apresentados em formato de artigo científico que foi publicado na Revista *Saúde em Debate*, cuja formatação segue as normas da revista.

‘O outro’ da pandemia da Covid-19: ageísmo contra pessoas idosas em jornais do Brasil e do Chile

‘The other’ of the Covid-19 pandemic: ageism toward the elderly people in newspapers in Brazil and Chile

Pricila Oliveira de Araujo¹, Raniele Araújo de Freitas², Elysangela Ditz Duarte³, Lucy Jure Cares⁴, Katiuska Alveal Rodríguez⁵, Viviana Guerra⁶, Evanilda Souza de Santana Carvalho¹

¹Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) – Feira de Santana (BA), Brasil.
poaraujos@uefs.br

²Universidade Federal da Bahia (UFBA) – Salvador (BA), Brasil.

³Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Belo Horizonte (MG), Brasil.

⁴Centro de Salud Familiar Dos de Septiembre (Cesfam) – Los Angeles, Chile.

⁵Universidad del Desarrollo (UDD) – Concepción, Chile.

⁶Corporación Municipal de Viña del Mar - Viña del Mar, Chile.

RESUMO O surgimento do novo coronavírus e a indicação da população idosa como grupo de risco fez emergirem discursos, piadas, memes e fatos indicativos de ageísmo nas mídias sociais e nos veículos de comunicação. Este artigo objetiva analisar as expressões e as implicações do ageísmo contra a pessoa idosa reportadas em jornais do Brasil e do Chile no primeiro ano da pandemia da Covid-19. Estudo documental de notícias de jornais de maior acesso no Brasil e no Chile. A coleta de dados ocorreu em maio de 2021. A seleção de títulos, resumos e texto completo foi realizada por duas pesquisadoras de forma independente e cegada. O corpus final de 89 notícias foi submetido a análise temática apoiado pelo software MAXQDA, cujo processo de codificação, tematização e interpretação foi fundamentado nas teorias sociológicas que explicam o ageísmo. As expressões do ageísmo foram evidenciadas por meio de imagens e atitudes que desvalorizam e depreciam a vida da pessoa idosa, posicionando-a como sendo ‘o outro’ da pandemia, o que ocasiona implicações para vida, saúde e trabalho dessa população.

PALAVRAS-CHAVE Ageísmo. Covid-19. Idoso. Notícias. Internet.

ABSTRACT *The emergence of the new coronavirus and the indication of the elderly population as a risk group led to the emergence of speeches, jokes, memes and facts indicative of ageism in social media and mass media. This article aims to analyze the expressions and implications of ageism toward the elderly reported in newspapers in Brazil and Chile in the*

first year of the Covid-19 pandemic. Documentary study of news from newspapers with the greatest access in Brazil and Chile. Data collection occurred in May 2021. The selection of titles, abstracts and full text was performed by two independently and blinded researchers. The final corpus of 89 news was submitted to thematic analysis supported by the MAXQDA software, whose codification, thematization and interpretation process was based on sociological theories that explain ageism. The expressions of ageism were evidenced through images and attitudes that devalue and depreciate the life of the elderly people, positioning them as 'the other' of the pandemic, which has implications for the life, health and work of this population.

KEYWORDS *Ageism. Covid-19. Aged. News. Internet.*

Introdução

A crise causada pelo vírus da Covid-19 não só expôs a precariedade dos sistemas de saúde na América Latina, mas também evidenciou as desigualdades sociais no processo saúde-doença-cuidado e aprofundou o debate em torno do direito à saúde de grupos e populações vulneráveis, reforçando o caráter social de qualquer pandemia.

No Brasil, o período que antecedeu a pandemia da Covid-19 já era de crises no setor econômico, agravando o déficit histórico de subfinanciamento do Sistema Único de Saúde (SUS), acompanhado do desmantelamento sistemático das políticas sociais e de saúde¹. A restrição financeira foi, também, consubstanciada com a aprovação da Emenda Constitucional n. 95, que congelou investimentos em educação e saúde por 20 anos². Portanto, a pandemia se instalou em um país de grandes desigualdades sociais, com populações vivendo em condições precárias de habitação e saneamento, com altas taxas de desemprego e cortes profundos nas políticas sociais³.

Antes da pandemia, o Chile vivenciou um momento de intensas manifestações nas ruas, desencadeadas pelo aumento do preço do transporte, mas que refletia, também, a insatisfação pela intensa carga econômica, por desigualdades e injustiças sociais acumuladas ao longo de 30 anos. Essas manifestações explicitaram um montante de adversidades produzidas nas últimas três décadas, levando organismos internacionais a discutir as graves violações dos direitos humanos. Indiscutivelmente, essa crise social se aprofundou com a pandemia da Covid-19, exacerbando a insatisfação dos cidadãos com o governo, os problemas estruturais da seguridade social, a falta de recursos para saúde e educação e as precárias condições de vida das grandes cidades, que revelavam desigualdades e iniquidades⁴, o que sinaliza um impacto

importante sobre as populações mais vulneráveis, incluindo os mais velhos, que sempre foram alvo de desatenção e estereótipos⁵.

Em ambos os contextos, observou-se o debate crescente na mídia sobre o lugar social dos mais velhos durante a pandemia e a expressão do ageísmo por diferentes setores da sociedade. O discurso público veiculado nos meios de comunicação, que apresentava a Covid-19 como uma doença perigosa apenas para a pessoa idosa, em virtude de um maior risco biológico de adoecimento e complicações, gerou a dicotomia ‘nós’ e ‘eles’, evidenciada mundialmente e que potencializou estereótipos, preconceitos e discriminação de idade⁶.

Utilizado pela primeira vez pelo gerontólogo e psiquiatra Butler⁷, o termo ‘ageísmo’ se refere à inquietação, à repulsa e à aversão por parte de jovens e pessoas de meia-idade para com o envelhecimento, a doença, a deficiência, além do medo da impotência, da inutilidade e da morte, que costuma ser vinculado às pessoas em razão de sua idade.

O ageísmo pode ser manifestado por meio de três dimensões: cognitiva (estereótipos, imagens e rótulos), afetiva (preconceito) e comportamental (atitudes de discriminação). E pode ser originado a partir de três níveis: o microestrutural, que emerge do próprio sujeito (ageísmo autodirigido), seus pensamentos, emoções e ações; o mesoestrutural, que pode ser oriundo de grupos, entidades sociais, instituições; e o macroestrutural, que emerge dos valores culturais ou sociais como um todo⁸. Sua manifestação pode ser explícita ou implícita e gerar consequências negativas quando se reduz o sujeito à categoria de inútil, frágil e desnecessário⁹, provocando repercussões em diversos âmbitos da vida das pessoas idosas¹⁰. Assim, no curso da pandemia, o ageísmo atingiu um novo nível com a indexação nas redes sociais da *hashtag* *#BoomerRemover*, expressão vulgar que destaca atitudes preconceituosas quanto à idade em resposta à pandemia da Covid-19 e revela o valor que a vida das pessoas idosas tem na sociedade contemporânea^{6,11}. O uso da *hashtag* permite uma comunicação assíncrona e imediata nas redes sociais, que extrapola fronteiras e fusos horários e possui alcance global instantâneo¹².

Sabe-se que os meios de comunicação e, atualmente, as redes sociais têm um impacto na saúde coletiva e individual e são essenciais para moldar crenças, promover valores e estimular comportamentos negativos e positivos. Esse impacto, em alguma medida, atende aos interesses das grandes corporações, que veem na mídia as ferramentas para atingir seus objetivos e estimular a demanda por produtos, muitas vezes desnecessários, que podem ser prejudiciais à saúde das pessoas, principalmente na promoção de valores e na mediação de

comportamentos diversos¹³. Sendo a informação um mecanismo valioso para orientar as pessoas, especialmente em situações altamente complexas, como a gerada pela pandemia de Covid-19, os meios de comunicação ou ajudam a reduzir a incerteza e a ansiedade ou, pelo contrário, podem aumentar o pânico e o caos¹⁴.

Estudos concernentes ao ageísmo contra pessoas idosas na pandemia da Covid-19 ainda são escassos. Uma revisão¹⁵ analisou 21 publicações que discorreram sobre o ageísmo durante a pandemia, suas origens, consequências e implicações ético-políticas, tendo apenas 9,5% de estudos primários, o que mostra a necessidade de mais investigações acerca da temática.

Isto posto, esta análise de jornais torna-se inédita e contribui para aprofundar os conhecimentos e reflexões acerca desse fenômeno.

Notícias sobre o retrato do ageísmo no Chile foram consideradas em virtude de ações estabelecidas pelo governo chileno, que proibiu pessoas idosas de saírem de suas residências, no início da pandemia, instituindo quarentena obrigatória, sendo essa uma expressão do ageísmo^{16,17}. No Brasil, país em envelhecimento e país de origem das autoras deste estudo, o ageísmo se apresentou de forma não tão restritiva às pessoas idosas, mas também trouxe danos multidimensionais aos maiores de 60 anos. Ademais, Brasil e Chile são países que possuem proximidade geográfica.

Portanto, o estudo possui como objetivo: analisar as expressões e as implicações do ageísmo contra a pessoa idosa reportadas em jornais do Brasil e do Chile no primeiro ano da pandemia da Covid-19.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, do tipo documental, em que foram analisados materiais atuais, utilizados para contextualizar aspectos históricos, culturais, sociais e econômicos de um lugar ou grupo de pessoas, em determinado momento da história¹⁸.

As fontes de coleta de dados foram dois dos jornais mais lidos do Brasil e do Chile em versão on-line e digital e cuja escolha foi justificada pelo relatório do *Reuters Institute/Digital News Report 2021*, da Universidade de Oxford¹⁹, que analisa o consumo de notícias por pessoas de vários países do mundo, por meio de TV, rádio e internet, e aponta que 85% dos brasileiros e 84% dos chilenos consomem notícias via internet. No Brasil, os jornais mais lidos em 2021 foram O Globo (27%) e Folha de São Paulo (18%), e no Chile foram El Mostrador (21%) e La Tercera (20%).

O processo de coleta de dados se iniciou com uma pesquisa preliminar no mês de março de 2021 nas fontes de informações dos dois países, a fim de identificar os termos utilizados nos artigos recuperados e, assim, eleger as palavras-chave para compor a estratégia de busca, sendo elas: *edadismo; marginacion; discriminación por edad; prejuicio de la edad; estereotipos de edad; vejez; anciano; adulto maior; gerontofobia; ancianos pandémicos; envejecer; viejismo; ageísmo; idadismo; etarismo; preconceito etário; estereótipos de idade; discriminação de idosos; gerontofobia; estigma de idade.*

Os critérios de elegibilidade foram notícias sobre ageísmo contra pessoas idosas, publicadas entre janeiro de 2020 e 30 de abril de 2021, período demarcado devido ao decreto, pela Organização Mundial de Saúde (OMS), de surto do novo coronavírus como emergência internacional de saúde pública²⁰, e o fim do primeiro quadrimestre de 2021, quando se alcançou a vacinação das pessoas idosas nos contextos de estudo. Foram excluídas notícias que continham apenas vídeos e imagens.

A etapa de coleta e seleção de dados foi desenvolvida da seguinte forma: na primeira fase, realizou-se a inserção das palavras-chave, uma a uma, nos campos de busca dos jornais; e todas as notícias recuperadas e que atendiam ao critério de inclusão temporal foram salvas e organizadas no gerenciador de referência Zotero (<https://www.zotero.org/>). Essa busca ocorreu em maio de 2021 em todas as seções dos jornais e teve por objetivo recuperar o maior número de publicações possível. Na segunda fase, as notícias duplicadas foram excluídas por meio da ferramenta EndNote (Clarivate, PA, USA), versão web. A terceira fase ocorreu com a triagem de títulos e resumos com o auxílio da ferramenta Rayyan (<https://www.rayyan.ai/>). Na quarta fase, foi realizada a leitura na íntegra das notícias com o objetivo de identificar se atendiam aos critérios de elegibilidade. A terceira e a quarta fases foram realizadas por duas pesquisadoras de forma independente e às cegas. Ao final desse processo, uma terceira pesquisadora envolvida no estudo se dedicou a resolver as divergências entre as duas pesquisadoras acerca da inclusão ou exclusão das notícias completas. Os resultados estão apresentados na extensão do fluxograma para revisões de escopo (PRISMA-Scr)²¹. Os artigos excluídos foram quantificados, e os motivos justificados (*Figura 1*).

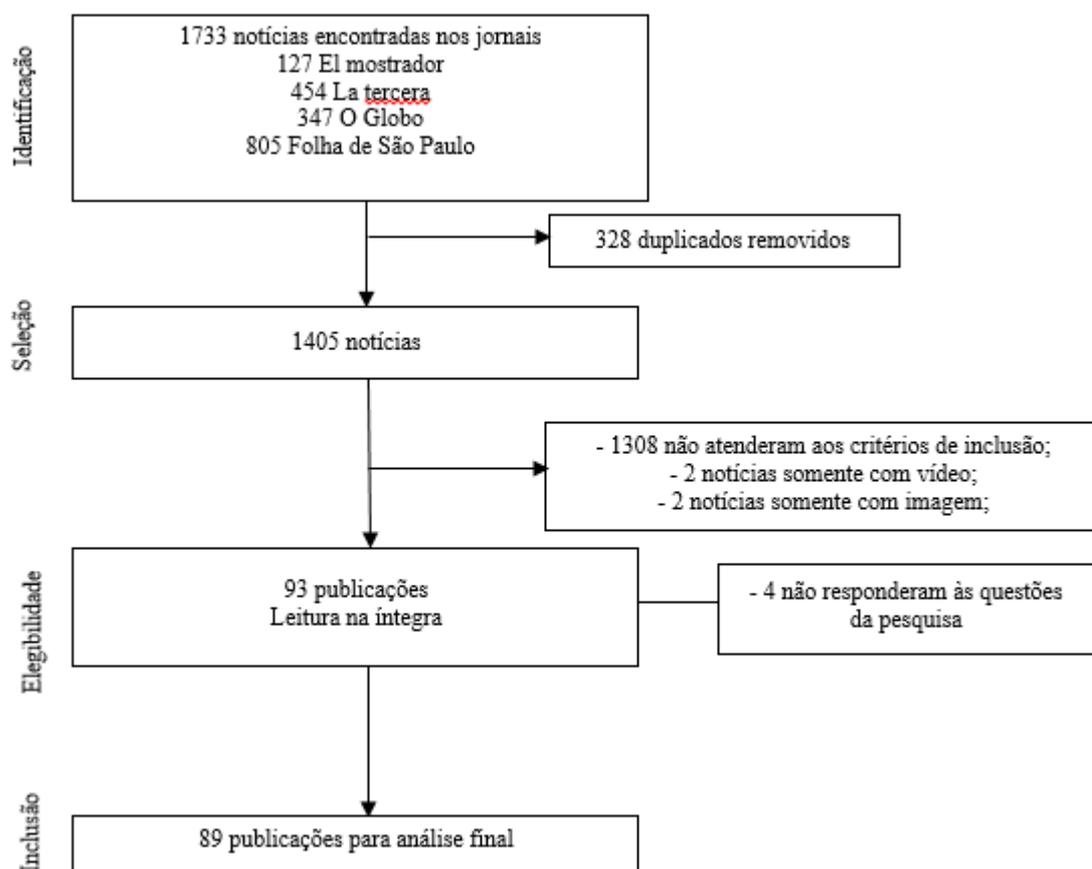


Figura 1. Fluxograma do processo de seleção das notícias.

Fonte: Elaboração própria

A análise de dados foi conduzida por meio da análise temática de Braun e Clarke²² seguindo os seguintes estágios:

Familiarização com os dados, em que as notícias foram organizadas em arquivo do Microsoft Word e lidas na íntegra para identificar possíveis padrões nos termos utilizados.

Geração dedutiva dos códigos, realizada a partir do referencial teórico de ageísmo de Butler⁹, com apoio do software MAXQDA, versão 2020. Inicialmente, 22 notícias foram codificadas pela primeira e segunda autoras de forma independente e às cegas, e as divergências foram discutidas e consensuadas em reunião com a última autora. Após essa etapa, verificou-se o Índice Kappa de 0,95, que representa o nível de concordância entre as codificadoras durante a fase de codificação do material. Todo o processo analítico foi conduzido pelas pesquisadoras

que têm expertise na área de gerontologia, em estudos sobre estigma e populações vulneráveis e com o uso do software MAXQDA.

A pesquisa de temas se iniciou com a geração dos códigos na etapa anterior, e, agora, realizou-se a organização dos códigos em temas, orientados pelo referencial teórico do ageísmo à luz de Buther⁹, ampliado pelas teorias de níveis micro, meso e macro, de Ayalon e Tesch-Römer⁸, que explicam as origens do preconceito etário.

A revisão dos temas ocorreu quando as autoras se reuniram e validaram temas e toda a análise, para garantir: credibilidade, estabelecida mediante discussão entre as autoras do estudo; confiabilidade, atendida por meio da codificação entre pares de forma independente, com resolução de divergências por uma terceira pesquisadora; e confirmabilidade, obtida através da discussão dos resultados preliminares com um grupo de pesquisadores²³.

Para a produção do relatório final, os extratos das notícias foram selecionados e relacionados com a questão de pesquisa e a literatura.

Os aspectos éticos da pesquisa foram observados mediante o atendimento das normas éticas brasileiras, recomendadas na Resolução 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde do Brasil, e pela Lei Federal n. 12.527/2011, e as normas éticas chilenas, orientadas pela Lei n. 9.610, de 19 de fevereiro de 1998. Por serem os dados de domínio público e não requererem contato com seres humanos ou imporem limitações relacionadas à privacidade, à segurança ou ao controle de acesso, este estudo dispensa apreciação do comitê de ética.

Resultados

Das 89 notícias que compuseram o corpus de análise deste estudo, 38,2% foram do jornal Folha de São Paulo, seguido de O Globo (23,2%), *La Tercera* (21,3%) e *El Mostrador* (16,9%). A evolução do quantitativo de notícias ao longo do tempo é apresentada no *Gráfico 1*, e chama atenção o declínio das notícias sobre ageísmo contra a pessoa idosa nos jornais brasileiros com o avançar da pandemia; e, no Chile, o maior quantitativo de notícias ocorreu nos meses de maio e setembro de 2020.

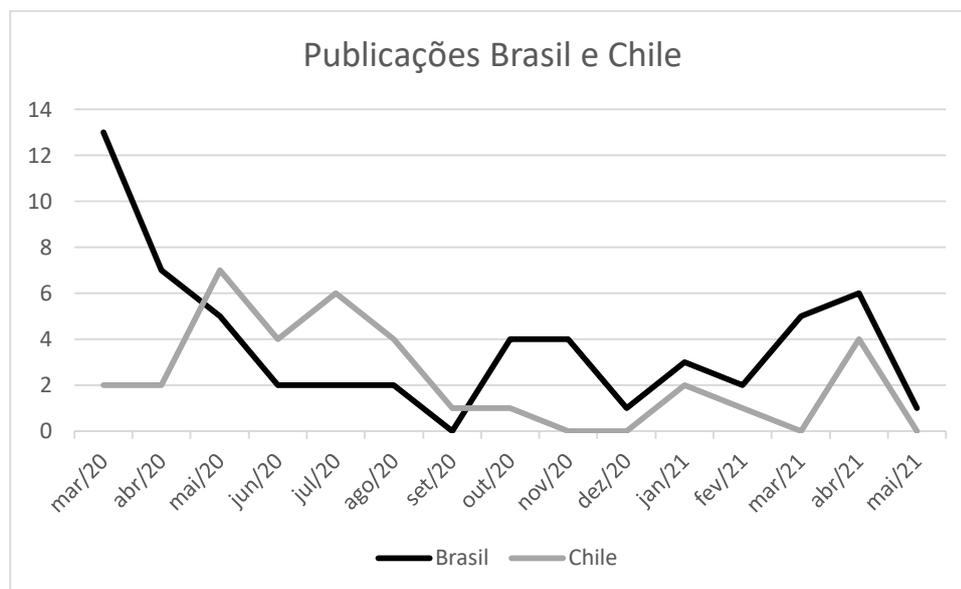


Gráfico 1. Evolução do quantitativo de notícias sobre ageísmo contra pessoas idosas no primeiro ano da pandemia da Covid-19.

Fonte: Elaboração própria.

Sobre a natureza da notícia publicada nos jornais do Brasil, 78% eram do tipo opinião, 15% entrevistas e 5% de outros tipos. No Chile, 76% foram de opinião, 5% entrevistas e 11% outros tipos. Destaca-se que tanto as opiniões quanto as entrevistas contaram com a participação de gerontólogos, juízes, pesquisadores, médicos e outros especialistas na área.

Os jornais de ambos os países abordaram notícias que evidenciavam estereótipos, preconceito e discriminação de idade durante a pandemia da Covid-19, originárias dos níveis microestrutural (oriundos da própria pessoa idosa, que é o ageísmo autodirigido); mesoestrutural, composto por gestores e políticos, instituições de saúde e sociais, mercado de trabalho, meios de comunicação, familiares de pessoas idosas; e o nível macroestrutural, que envolve cultura, sociedade e Estado (*Quadro 1*). Embora se tenha buscado nesta investigação a operacionalização dos níveis para a análise da informação veiculada, é reconhecida a interseccionalidade existente em cada uma delas, não sendo compreendidas como manifestações limitadas a um único nível.

Quadro 1. Fragmentos de jornais representativos de notícias que expressam ageísmo contra a pessoa idosa no primeiro ano da pandemia da Covid-19.

Nível de origem do ageísmo	Grupos de origem do ageísmo	Fragmentos de jornais
Micro	A própria pessoa idosa (ageísmo autorigido)	<p>Mas nós antigos aceitamos as zombarias. Em parte, por resignação, e, em parte, porque, no íntimo, achamos que <i>velhos</i>, de verdade, são os outros. (N20_G)</p> <p>Até o vírus chegar ao Brasil, não me sentia tão velho assim. Estava até me sentindo mais jovem [...] Mas logo percebi que eles falavam daqueles que têm mais de 60. Os velhinhos somos nós! No meu caso específico, o velhinho sou eu. (N12__G)</p> <p>El político, que cumple 70 años la semana que viene y está en el considerado grupo de mayor riesgo en esta epidemia, aseguró estar dispuesto a morir para reactivar la economía. (N1_EM)</p>
Mesoestrutural	Gestores políticos e	<p>Además, los discursos se refieren a ellos con “un paternalismo que disfrazaba discriminación, sin considerar que la gran mayoría sigue trabajando y haciendo enormes aportes al país”, dice Albala. La cuarentena obligatoria a mayores de 75 años, detalla, que se prolongó por cinco meses, es ejemplo de esa discriminación: “¿Por qué se pensó que las personas mayores no pueden hacerse cargo de su salud?” (N6_LT)</p> <p>O presidente do Brasil questionou procedimentos que têm sido adotados por todo o mundo, como o fechamento de escolas, e minimizou riscos da doença, como ao sugerir que as medidas de controle se restrinjam apenas aos mais velhos. (N6_FSP)</p> <p>Uma deputada federal: “Eu me preocupo com todas as vidas! Mas as vidas daqueles que viveram menos me preocupam mais. Aliás, penso que já estamos no momento de estabelecer claramente regras para priorizar o uso dos recursos disponíveis: leitos,</p>

		<p>respiradores etc. É pesado, mas é necessário!” (N26_FSP)</p> <p>É certo que, na teoria, o distanciamento social é geral, mas, em relação aos idosos, a campanha é radical, chegando alguns governantes regionais e locais a decretar verdadeira caça aos velhos ‘infratores’, tal qual a carrocinha em busca de cães abandonados, mas com ameaça de multa e até prisão. (N36_FSP)</p>
	Instituições de saúde e sociais	<p>No es posible que las personas mayores perciban que su vida no será priorizada por los servicios de salud y de protección social, ni que se normalicen discursos que le asignan diferente valor a la muerte de un joven o una persona mayor, no puede ser tan fácilmente aceptado que sean conculcados derechos. (N2_EM)</p> <p>Sobre las causas de estos prejuicios, la especialista sostiene que existe un grado de responsabilidad por parte de los profesionales que se dedican al trabajo con las personas mayores, particularmente del ámbito de la salud. [...] comunican que ha muerto una persona mayor como si fuera una pérdida menor, no tan relevante. Llegamos casi a una cosificación de la persona mayor, tratada como un objeto viejo y roto, entonces ahí efectivamente se desvirtúa toda la visión de derecho a la vida y a la igualdad. (N9_EM)</p>
	Baixa aceitação no mercado de trabalho como trabalhador ativo	<p>Se estigmatizan como profesionales con menor flexibilidad ante los cambios, menor actualización respecto a tecnología y nuevas tendencias de sus áreas, además de muchas veces por contar con más experiencia y años de trabajo, tener sueldos más altos”. (N2_LT)</p> <p>O preconceito de idade, que já existia com os idosos, vem se agravando com a Covid-19. Pela letalidade maior à doença – 75% dos óbitos acontecem entre quem tem 70 anos ou mais –, eles são vistos pelo mercado de trabalho como vulneráveis e mais suscetíveis a afastamentos. (N16_G)</p>

	Meios de comunicação	<p>Sin embargo, los mismos ojos y oídos de televidentes, cibernautas y lectores se han impactado por expresiones, frases y titulares desconectados con la realidad para referirse con un tono paternalista a un grupo etario tan diverso como heterogéneo: ‘Nuestros adultos mayores’, como si fueran parte de nuestra propiedad o ‘viejitos(as)’ en un claro gesto de infantilización, ni hablar de ‘senil’, ‘veterano’, ‘pensionado’, ‘jubilado’ para aludir peyorativamente a hombres y mujeres mayores. Pero uno de los términos más usados ha sido ‘abuelito(a)’, en circunstancias que no todas las personas mayores son abuelos ni todos los abuelos son personas mayores. (N22_LT)</p> <p>Os velinhos estão na alça de mira – seja da virose, seja do preconceito escancarado que não tem vergonha de se expor. Memes com velhos, piadinhas, ofensas mal disfarçadas; se a metade do que circula pela internet sobre os idosos se referisse a uma etnia ou alguma nacionalidade, haveria manifestações violentas ou estaríamos em pé de guerra. (N20_G)</p> <p>O coronavírus já foi chamado de ‘doença de velho’ ou ‘<i>baby remover</i>’, como um removedor da geração <i>baby boomer</i>, nascida entre o final dos anos 1940 e meados dos anos 1960. Na forma de memes, sátiras ou piadas, o preconceito com a idade se revelou de forma desumana. (N12_FSP)</p>
	Familiars das pessoas idosas	<p>O desrespeito aos velhos se intensificou dentro de casa, com violação da autonomia, maus tratos e violência patrimonial. E como o preconceito foi escancarado: há quem culpe os idosos pela necessidade do isolamento social. (N8_G)</p>
Macroestrutural	Estado/ Sociedade/ Cultura	<p>La pandemia ha reforzado la idea de que Chile no está preparado para garantizar los derechos fundamentales de las personas mayores. No estoy segura de si la gente está teniendo una visión de las personas mayores como sujetos de derechos o como objetos de caridad. Los han presentado como vulnerables. Creo que se ha instalado una especie de asistencialismo</p>

		<p>hacia las personas mayores que, lo queramos o no, es discriminación positiva. (N13_LT)</p> <p>Además, en la comparación entre 18 países, Chile alcanza el primer lugar en una enfermedad que hoy encuentra a los ancianos en el peor de los escenarios: una pandemia que los aísla y los deja aún más solos. (N4_LT)</p> <p>Vivemos numa sociedade que exalta a juventude e considera a idade como um fardo social; uma sociedade que ainda não percebeu que o Brasil é um país que envelheceu. (N20_G)</p> <p>Temos ouvido discursos que atribuem pouca relevância ao coronavírus por se tratar de uma doença com taxa de letalidade mais alta entre os idosos. O que isso diz de nós como sociedade? (N3_FSP)</p>
--	--	--

Fonte: Elaboração própria

Também foram veiculadas notícias que analisavam como o ageísmo se revelou nas sociedades chilenas e brasileiras na pandemia, a partir das medidas restritivas adotadas por governantes e autoridades sanitárias para conter o avanço da doença e que resultaram na potencialização desse fenômeno nos contextos estudados. As implicações desse fenômeno para as pessoas idosas e para a sociedade estão reportadas no *Quadro 2*.

Quadro 2. Fragmentos de jornais representativos das implicações do ageísmo contra a pessoa idosa no primeiro ano da pandemia da COVID-19

Implicações do ageísmo contra a pessoa idosa	Fragmentos dos jornais
Danos à saúde psíquica emocional e física das pessoas idosas.	<p>Por ello, fueron confinados más que otras personas. Eso afectó su calidad de vida. Menos actividad física y menos actividad social. Todos aspectos, que disminuyen según Palomo, su funcionalidad física, cognitiva y relacional. (N6_LT)</p> <p>El viejismo – discriminación por motivo de edad que afecta directamente a las personas mayores – tiene profundas raíces en el Estado chileno que, consciente o inconscientemente, devalúa a las personas mayores. Hablamos de un tipo de discriminación sistemática y</p>

	<p>estructural que tiene serias consecuencias en la salud física y mental en estas personas, así como efectos sociales y económicos. (N20_LT)</p> <p>Si bien se buscaba protegerlos del contagio, Aurenque enfatiza que esos resguardos son inaceptables porque paternalizan e infantilizan a las personas mayores. "Aplicar prohibiciones de esta naturaleza en la población envejecida termina siendo una medida discriminatoria y estigmatizante; discriminatoria, porque se pausan derechos fundamentales sin su consentimiento y por pertenecer a un grupo etario; estigmatizante, porque la medida considera a todo adulto mayor como miembro de un 'grupo de riesgo'; fortaleciendo así estereotipos negativos de la vejez o edadismo.". (N6_LT)</p> <p>Eles estão sofrendo, deprimidos, com medo da doença e de como vai ser viver em casa. (N3_FSP)</p> <p>Ali, caiu a minha ficha: quando a gente chega a uma certa idade, é como se fosse ignorado. É um sentimento de rejeição. (N16_G)</p>
<p>Aumento de necessidade de políticas públicas que atendam às demandas geradas pela pandemia</p>	<p>Porque el edadismo perjudica nuestra salud y bienestar y constituye un obstáculo importante para la formulación de políticas eficaces y la adopción de medidas relativas al envejecimiento saludable. (OMS, 2021). (N22_LT)</p> <p>“Hay más necesidad de cuidado para adultos de la cuarta edad y puede que no lo estén recibiendo, que puede ser una situación difícil porque pueden estar solos, hay más demanda por temas de cuidado que en situaciones normales se cubre con personas que vienen de comunas más pobres”, dice Basaure. (N9_LT)</p>
<p>Banalização dos óbitos de pessoas idosas</p>	<p>El Covid-19 retornó el vocabulario de la tercera edad y el adulto mayor al léxico de la senectud y la vejez. Desvistió a los septuagenarios y octogenarios transformándolos en víctimas de un virus con gran capacidad de discriminación etaria. Convirtió las residencias de ancianos en campos de concentración contemporáneos, donde se acumularon cadáveres como en las viejas fotografías de la infame solución final del último nazismo. (N8_EM)</p> <p>“Si algo va a lastimar al mundo, es la decadencia moral. Y no tomar la muerte de los ancianos o las personas de la tercera edad como un problema grave es la decadencia</p>

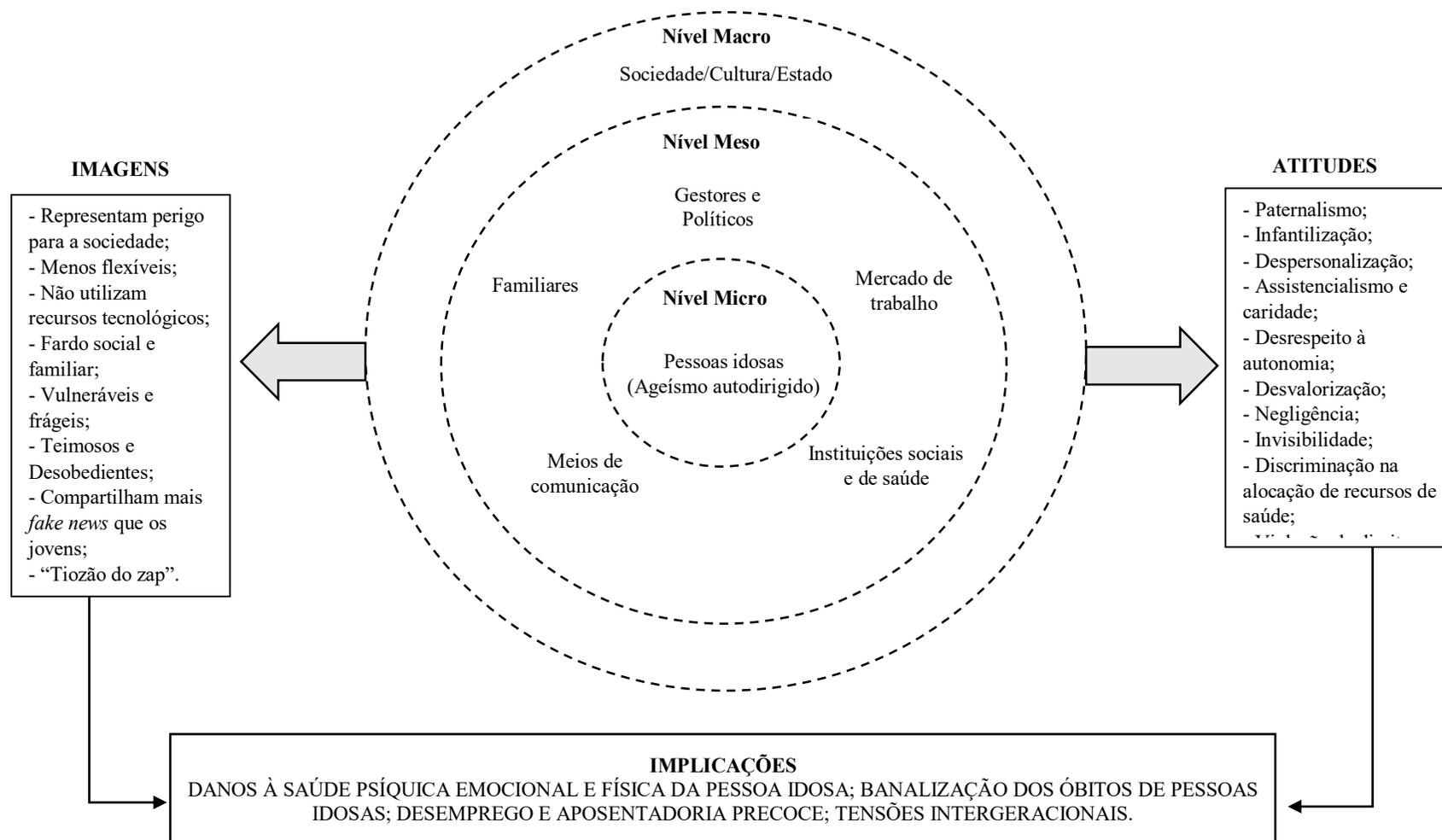
	moral. Cualquier individuo, cualquier edad, cualquier ser humano importa”. (N21_LT)
Desemprego e aposentadoria precoce	<p>Quem (as pessoas idosas) ainda estava no mercado de trabalho, saiu, pelo medo de se contaminar ou foi demitido porque aumentou o preconceito contra os idosos. A pessoa saiu da ideia da ‘melhor idade’ para a do ‘grupo de risco’. (N22_G)</p> <p>E a desocupação acaba sendo mais do que um problema passageiro. “A pandemia agrava ainda mais a situação, até porque essas pessoas estão ficando muito tempo fora do mercado de trabalho. Quanto mais tempo fora, mais difícil é voltar”, diz Ana Amélia. (N34_FSP)</p> <p>Uno de los impactos más devastadores de la pandemia es en el trabajo. Por primera vez en una década el desempleo superó los dos dígitos (11,2%) y uno de los sectores más damnificados son los mayores de 60 años: por cada 100 empleos perdidos, 19 son de ese grupo. Así lo concluye un estudio del Observatorio del Envejecimiento de la U. Católica-Confuturo. Según la investigación, 384 mil personas mayores de 60 años que en 2019 trabajaban, pasaron a ser inactivos en el trimestre marzo-mayo. (N15_LT)</p>
Tensões intergeracionais	<p>A pandemia aumentou muito as tensões nos núcleos familiares e descompensou o balanço intergeracional, mostrando o maior risco a que estão sujeitos os idosos, além de sugerir uma maior inutilidade deles. Também acentuou de forma gritante o idadismo, antes varrido para debaixo do tapete. De modo extremo, levou a uma radicalização na sociedade sobre o que fazer com os muito idosos. (N30_FSP)</p> <p>A situação fez com que se dramatizasse uma realidade já vivida pelos mais velhos, que é a de que eles são inúteis e um peso para a sociedade. Que só atrapalham, prejudicam, precisam ser controlados. É uma visão de que, quando você envelhece, pode ser eliminado. (N3_FSP)</p> <p>A idade passou a ser um critério central para dividir a sociedade entre uns e outros, entre os acima de 60 e os que têm menos. (N15_G)</p>

	Afastada da sociabilidade sob nova nomenclatura, a de grupo de risco, disputando com jovens o último respirador disponível, toda uma geração é vista como descartável. Vozes que impulsionaram mudanças sociais e construíram a redemocratização do país não parecem mais necessárias. (N20_ FSP)
--	---

Fonte: Elaboração própria

A síntese representativa dos achados deste estudo está apresentada na *Figura 2*.

Figura 2. Síntese dos resultados das expressões e implicações do ageísmo contra pessoas idosas no primeiro ano da pandemia da Covid-19. Fonte: Elaboração própria



Discussão

A pandemia da Covid-19 e as primeiras medidas de combate ao novo coronavírus, que tiveram como alvo as pessoas idosas, suscitaram comentários, opiniões e editoriais de estudiosos sobre a realidade de ageísmo que crescia no mundo e alertava para as consequências desse fenômeno^{6,24-27}.

As medidas protetivas foram inicialmente focadas nas pessoas idosas, já que as taxas de letalidade eram alarmantes para essa população. Entre os óbitos confirmados por Covid-19, no Brasil, 75% ocorreram em indivíduos maiores de 60 anos. Além disso, 74% deles apresentavam ao menos um fator de risco, como cardiopatia, pneumopatia, doença neurológica e renal²⁸. No Chile, a taxa de letalidade foi de 12,6% para o ano de 2020 (em todos os continentes, a letalidade global foi de 3,6%), e a mortalidade por Covid-19 foi de 433,5 x 100.000 habitantes em pessoas com 60 anos ou mais²⁹.

Diante da gravidade da situação, essas pessoas foram caracterizadas como pertencentes ao grupo de risco, com base na idade cronológica, independentemente das condições de saúde associadas. Essa decisão foi considerada arbitrária pelos estudiosos do envelhecimento, haja vista que outros aspectos interferem na morbimortalidade, para além da idade, tais como as condições físicas, os prognósticos de doenças prévias e os comportamentos que implicam surgimento de doenças e determinantes sociais³⁰. Outra consideração é que o rótulo de ‘grupo de risco’ minimiza a gravidade da pandemia, já que ‘somente’ pessoas mais velhas estariam expostas à Covid-19, trazendo uma falsa ideia de que os mais jovens eram imunes a infecção e morte pelo coronavírus, o que pode ter dificultado a adesão de pessoas de outras faixas etárias ao cumprimento das medidas de enfrentamento²⁶.

As notícias, no Chile, apontaram decretos de autoridades públicas proibindo as pessoas maiores de 75 anos de sair de casa, exceto com autorização para estritas situações^{16,17}. Essa medida pode ter afetado não apenas a dignidade das pessoas, pela restrição de sua autonomia, mas também pode comprometer a subsistência econômica das famílias³¹, além de expô-las ao abandono, preconceito, discriminação e à invisibilidade de suas necessidades³².

A recomendação de estrito distanciamento social da população idosa foi necessária devido às maiores taxas de gravidade e letalidade da doença, entretanto, as medidas implementadas pelos governos deveriam ter sido adequadas à cultura e às

expectativas locais e acompanhadas pela vontade da própria população de seguir essas indicações³³.

De modo geral, as opiniões de estudiosos ouvidos pelos jornais sobre as estratégias de combate à evolução da doença partem do princípio de que, mesmo com a intenção de proteger a pessoa idosa, elas foram implementadas sem considerar as especificidades e a heterogeneidade do envelhecimento. As pessoas idosas foram vistas como um problema, e a forma de resolvê-lo foi por meio da segregação social, de forma indistinta¹¹.

Justificar as medidas restritivas e o confinamento da pessoa idosa apenas pela idade cronológica e pelo caráter biológico da senilidade se configurou em uma forma inapropriada de protegê-la, visto que o processo de envelhecimento, assim como o processo saúde-doença, é multidimensional e abrange os contextos social, cultural, econômico, psicológico, espiritual, afetivo e histórico, que a todo tempo rodeiam e tensionam o modo de viver das pessoas.

O argumento da debilidade imunológica para confinar a pessoa idosa desconsidera todos os elementos que influenciam o processo saúde-doença e negligencia as desigualdades, iniquidades e exclusões às quais esse grupo populacional está exposto, diariamente. Ainda, sabe-se que o preconceito etário pode ser mais letal que o próprio coronavírus³¹.

As matérias dos jornais evidenciaram imagens e atitudes discriminatórias à pessoa idosa que precediam a pandemia, mas que foram potencializadas quando o mundo buscava superar a disseminação do novo coronavírus, e as expressões de ageísmo se desenvolviam nas interações sociais, no âmbito da saúde e da economia.

Na saúde, os recursos foram insuficientes para atender a toda população brasileira e chilena, gerando competição entre jovens e idosos. A mídia social destacou adultos mais velhos que sacrificaram suas próprias vidas para que os aparelhos de ventilação mecânica pudessem ser usados pelos mais jovens, e, quando os equipamentos médicos e a capacidade hospitalar se tornaram escassos, os prestadores de cuidados se depararam com decisões éticas sobre quem teria prioridade à vida. Assim, a idade tornou-se um fator decisivo, levando a sociedade a acreditar que a vida de uma pessoa mais velha poderia ser menos valiosa do que a de alguém mais jovem⁶.

Alguns países usaram explicitamente a idade como critério para a alocação de tratamento, estabelecendo um limite etário para acesso à terapia intensiva, ao uso de

ventiladores, o que reforçou a percepção de que as pessoas idosas são onerosas para a economia e o sistema de saúde⁸. A idade como critério de entrada na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), por exemplo, deve ser apenas uma referência para definir o estado de saúde e o prognóstico da pessoa, e não um critério em si, tampouco o único marcador decisivo para utilização dos recursos³⁴. Assim, discursos e narrativas de que os idosos ‘já viveram suas vidas’ e de que era a hora de renunciarem aos seus direitos em detrimento dos mais jovens desconsideram a vida dessas pessoas, sua contribuição à sociedade e suas necessidades sociais, reproduzindo, assim, um discurso preconceituoso com a idade. Essas suposições e percepções acentuam desavenças intergeracionais e fortalecem um ciclo vicioso de preconceito etário.

No plano econômico, expressões de ageísmo foram evidenciadas quando discursos veiculados nos meios de comunicação afirmavam que a economia seria enfraquecida pelo isolamento social e a culpa recairia sobre as pessoas mais velhas. Essa talvez seja outra consequência da lógica individualista do neoliberalismo, em que tudo se torna mercadoria, e, então, não há espaço para um laço social que não seja mediado pelo consumo, interessando apenas os corpos produtivos. Isso gerou entendimentos de que a pandemia da Covid-19 seria responsável por um modo de vida destrutivo, tanto da natureza como dos seres humanos, resultante de um capitalismo mortal que devasta tudo em seu caminho³⁵.

Um Estado que se preocupa com seus cidadãos deveria promover um mínimo de dignidade às pessoas em idades mais avançadas e mais vulneráveis em condições de saúde, sociais e econômicas. Entretanto, o movimento ocorre no sentido contrário, já que setores do governo, da propaganda e do mercado atuam no sentido de convencer que a pessoa idosa está próxima à morte, que a responsabilidade pelos cuidados com a saúde deveria ser, inteiramente, dela mesma, e que os recursos públicos deveriam ser destinados a pessoas jovens³⁶. Essa lógica faz com que as sociedades fortaleçam a imagem de que as pessoas idosas precisam de medidas assistencialistas e de caridade, e que são destituídas de direitos.

Quando adultos mais jovens morreram de complicações da Covid-19 em todo o mundo, frequentemente, geraram-se relatórios longos e detalhados na mídia, enquanto as mortes de milhares de idosos foram contadas e resumidas⁶. Paradoxalmente, ao passo que a pessoa idosa é vítima de imagens e atitudes depreciativas e de inatividade, por vezes,

são as que contribuem para o sustento e a manutenção da renda doméstica de muitos lares brasileiros e chilenos.

No Brasil, a pessoa idosa contribui com 70,6% da renda dos domicílios, sendo 62,5% dela provenientes de pensões ou aposentadorias, ou seja, da Seguridade Social. A renda do trabalho da pessoa idosa constitui 28,5% do orçamento familiar, já que um terço dos homens e 15,0% das mulheres idosas que residiam nesses domicílios estavam ocupados, o que mostra que os mais velhos têm assumido um protagonismo importante na manutenção da renda familiar. Ademais, o tempo de permanência dos filhos morando com os pais tem aumentado, inclusive na faixa etária de 50 a 59 anos³⁷.

No Chile, cada vez mais homens e mulheres continuam trabalhando após a aposentadoria (que ocorre, em média, aos 70 anos) por conta própria, já que as taxas de emprego vêm caindo dez pontos percentuais nos dez anos anteriores à idade legal de aposentadoria. Com isso, mais de 50% dos idosos continuam trabalhando após os 70 anos, no caso das mulheres, e após os 65 anos, no caso dos homens³⁸.

A pandemia da Covid-19 evidenciou, portanto, a condição de vulnerabilidade da pessoa idosa, que foi potencializada com a crise sanitária, econômica, política e social. Entretanto, tal evidência não garante que esse segmento populacional venha a ser alvo de políticas públicas eficazes para combater as graves consequências do ageísmo no período pós-pandemia, o que é preocupante, uma vez que se estima um incremento de problemas como depressão, sentimentos de inutilidade social, tristezas, adoecimento psíquico e até risco para suicídio, como alertam os jornais examinados neste estudo. Por conseguinte, a demanda por serviços de saúde será aumentada.

O Brasil possui um sistema público universal que abrange mais de 200 milhões de pessoas, limitado a subfinanciamento e desigualdades. Concomitantemente, existe um setor privado dinâmico, que inclui prestadores privados ao Sistema Único de Saúde, e um segmento de planos e seguros de saúde, ao qual estão vinculadas cerca de 50 milhões de pessoas, ou 25% da população brasileira, que também utiliza o sistema público de saúde³⁹, potencializando, assim, o desafio de garantir universalidade e equidade.

No Chile, há incapacidade das políticas públicas em atender às necessidades sociais e de saúde, que foram potencializadas pelas consequências do descuido e do abandono na pandemia de uma população cada vez mais idosa. Nesse país, o sistema de saúde público é subfinanciado e insuficientemente equipado, resultando em longas listas

de espera para tratamento especializado e procedimentos complexos, afetando de forma direta os mais velhos, pobres e com condições crônicas⁴⁰.

As vulnerabilidades pelas quais as pessoas idosas estão expostas fazem com que haja manifestações anti-idade nas redes sociais, as quais incluem piadas ou ridicularização à pessoa idosa, minimização do impacto da Covid-19 na população em geral e/ou sugestões de que a vida da pessoa mais velha é menos valiosa que as demais⁴¹.

Os jornais examinados no presente estudo fizeram importantes denúncias sobre o idadismo na pandemia, o qual ganhou força através de memes na internet e piadas hostis que sugerem aniquilar as pessoas, por meio de uma caçada aos ‘velhos infratores’, tal qual a carrocinha em busca de cães abandonados, com ameaças de multa, prisão, perda de aposentadoria. Ainda, a Covid-19 foi intitulada ‘doença de velho’, e o coronavírus rotulado de ‘coroavírus’ ou “*baby remover*”, manifestações evidentes do preconceito etário, inclusive dentro do próprio núcleo familiar, o qual se espera que seja o primeiro a proteger e defender a pessoa (Quadros 1 e 2. Fragmentos N36_FSP; N22_LT; N20_G; N12_FSP).

No entanto, a estigmatização acontece nas interações familiares a partir de atitudes de descrédito, desprezo e do emprego de adjetivos depreciativos que são assimilados pelas pessoas e conformam a autoimagem e uma identidade deteriorada da pessoa que deixa de atender às expectativas sociais. E o afastamento ou abandono por parte da família são comuns, especialmente em situações de dificuldades físicas que requeiram maior atenção e cuidado de proteção⁴². A necessidade do isolamento social favoreceu o descuido e a solidão das pessoas idosas, perpetrado tanto por familiares quanto por atores sociais das mais variadas esferas públicas, como as instituições sociais e de saúde e a sociedade como um todo.

O distanciamento social, que possuía intenção inicial de evitar a contaminação pelo vírus, foi sequenciado pelo abandono e pela vulnerabilidade à violência, visto que a dependência de terceiros para a realização de suas atividades instrumentais e/ou básicas de vida diária, somada ao reduzido apoio social formal e informal, consequente do isolamento, torna esse grupo um alvo de diferentes formas de violência praticadas no domicílio⁴³. Os momentos de distanciamento social deveriam ter a intenção de preservar e proteger a vida, ficando a autonomia e a independência resguardadas, uma vez que são alicerces para o envelhecimento saudável, e não se pode retroceder com relação à preservação da dignidade da pessoa idosa⁴⁴.

O impacto global do ageísmo é refletido na exclusão da pessoa idosa da pauta das agências de pesquisa em saúde; na desvalorização da vida; falta de trabalho; negação de acesso a cuidados de saúde e tratamentos; redução da longevidade; rebaixamento da qualidade de vida e do bem-estar; adesão a comportamentos de risco para saúde; empobrecimento das relações sociais; adoecimento físico, mental e deficiência cognitiva, indicando que as consequências desse fenômeno alcançam os níveis tanto estrutural quanto individual e afetam a saúde da pessoa idosa em seus múltiplos domínios⁴⁵.

Ao confirmar, neste estudo, que o ageísmo expressado na pandemia perpassou os níveis de origem macro, meso e microestrutural, seu enfrentamento requer ações dirigidas aos grupos que operam tal fenômeno. As intervenções para redução do ageísmo se fundamentam em ações educacionais e intergeracionais e devem se constituir em prioridade, tendo em vista que já foram testadas e demonstraram efeitos particularmente favoráveis ao combate de atitudes negativas relacionadas ao envelhecimento⁴⁶.

Além disso, dado que o preconceito etário constitui uma crise global, devem ser desenvolvidas intervenções adaptadas aos diferentes contextos nacionais e culturais, por meio de políticas públicas efetivas, com vistas à melhoria das condições de saúde e do bem-estar da pessoa idosa. Combater o preconceito etário interessa não somente à população já envelhecida, mas, também, à sociedade como um todo, por meio do fortalecimento de laços intergeracionais, de forma a ressignificar os vínculos com a pessoa idosa, com atitudes de respeito, valorização e consideração para com esse público⁴⁴.

Ainda, gestores, formuladores de políticas, profissionais da saúde e da comunicação devem estar cientes dos problemas do ageísmo, da amplitude das consequências desse fenômeno e precisam se atentar às narrativas que constroem e veiculam pelos meios de comunicação²⁶, visto que o preconceito de idade pode ser perpetuado por vias políticas e também pela mídia, no local de trabalho e nas interações cotidianas casuais com o grupo populacional em questão⁴⁷.

Como contribuições para a saúde coletiva, os resultados deste estudo evidenciam a necessidade de se difundir os conhecimentos sobre ageísmo, suas formas de expressão e implicações para a pessoa idosa junto aos grupos que originam esse fenômeno, nos meios de comunicação, na esfera pública e na formação profissional; desenvolver e implementar políticas públicas que sejam capazes de incluir a pessoa idosa, respeitando seus direitos e sua autonomia. Ao reconhecerem as expressões e características do

ageísmo contra esse grupo populacional, trabalhadores da saúde, da comunicação, familiares e sociedade podem adotar uma postura autovigilante no combate ao preconceito etário.

Este estudo tem como limitações o fato de conferir uma análise amostral apenas de jornais do Chile e do Brasil, de modo que a inclusão de outros países poderia trazer achados distintos, não se podendo generalizar os resultados. É possível a existência de notícias de jornais que não foram recuperadas na busca e que poderiam apresentar respostas à questão de pesquisa. Ainda, há impossibilidade de apresentar os dados empíricos sobre as medidas de enfrentamento do ageísmo contra pessoas idosas, em decorrência das limitações de espaço para descrição e análise dos resultados.

Considerações finais

As expressões do ageísmo encontradas nos jornais envolvem imagens e atitudes discriminatórias e que posicionam a pessoa idosa no lugar do ‘outro da pandemia’, que são originadas pela própria pessoa idosa no nível micro; por familiares, gestores e políticos, instituições sociais e de saúde e mercado de trabalho no nível meso; e pela sociedade e pelo Estado no nível macroestrutural. Essas expressões geraram implicações negativas em diversos âmbitos da vida e da saúde tanto no contexto do Brasil quanto do Chile, podendo tornar a população idosa ainda mais vulnerável a iniquidades e desigualdades sociais e em saúde. Medidas restritivas para conter o avanço da pandemia evidenciaram situações de preconceito e discriminação etária, cujas implicações podem gerar mais necessidades e demandas por serviços públicos, carecendo, assim, de investigações a esse respeito.

As conquistas alcançadas a partir da luta de entidades, movimentos sociais e fóruns diversos que defendem os direitos da pessoa idosa, e que também são protagonizados ativamente por esse grupo populacional, estão ameaçadas de recuos e perdas, tamanhos são os retrocessos acelerados pelas crises sanitárias, econômicas, sociais e políticas e pelas incertezas do cenário pós-pandemia em médio e longo prazos.

Colaboradores

Araújo PO (0000-0002-7941-9263)*, Freitas RA (0000-0002-9367-3639)*, Duarte ED (0000-0001-8170-7523)*, Cares LJ (0000-0002-4857-5343)*, Rodríguez KA (0000-0002-0360-3865)*, Guerra V (0000-0003-2093-2334)*, Carvalho ESS (0000-0003-4564-0768)* ofereceram contribuições substanciais para a concepção ou design do

manuscrito, análise ou interpretação de dados para o trabalho; participaram da elaboração do trabalho e da revisão crítica do conteúdo intelectual importante; aprovação final da versão a ser publicada; concordam em ser responsável por todos os aspectos do trabalho, garantindo que as questões relacionadas à precisão ou integridade de qualquer parte do trabalho sejam devidamente investigadas e resolvidas.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID)

Referências

1. Morais H, Oliveira R. Saúde é Política. A pandemia da COVID-19 é Política: apontamentos para o debate. *Estudos Universitários Revista de Cultura*. 2020 [acesso 2022 jul 18];37(1):16-29. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/estudosuniversitarios/article/view/248760>.
2. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Emenda Constitucional n. 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal e dá outras providências. Brasília: Casa Civil, 2016.
3. Werneck GL, Carvalho MS. A pandemia de COVID-19 no Brasil: crônica de uma crise sanitária anunciada. *Cad. Saúde Pública*. 2020 [acesso em 2022 jul 16];36(5). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00068820>.
4. Flores RAR, Abagaro CP, Alves SV, et al. Impactos del COVID-19 en América Latina: políticas sanitarias disímiles, resultados dispares. La situación de Argentina, Brasil, Chile y México. In: Pereira AC, Boy M, Rosales FRA, et al, editors. *La pandemia social de COVID-19 en América Latina: reflexiones desde la Salud Colectiva*. 1ª ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Teseo; 2021.p.29-65.
5. Bernardini D. Nueva normalidad, nueva longevidad: ser mayor en tiempos de COVID-19. In: Marín CR, editor. *La vejez. Reflexiones de la post pandemic*. Medellín: Opción Colombia; 2020 [acesso em 2022 jul 15]. p.65-80. Disponível em: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://archivo.cepal.org/pdfs/ebooks/vejez_reflexiones_post_pandemia.pdf
6. Fraser S, Lagacé M, Bongué B, et al. Ageism and COVID-19: what does our society's response say about us? *Age Ageing*. 2020 [acesso em 2022 jul 18] Aug 24;49(5):692-695. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/ageing/afaa097>.

7. Butler RN. Age-ism: Another form of bigotry. *The Gerontologist*. 1969 [acesso em 2022 jul 17];9(4):243–246. Disponível em: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/http://agisme.eu/wp-content/uploads/2018/02/Butler-Ageism.pdf>.
8. Ayalon L, Tesch-Romer C. Introduction to the Section: Ageism-Concept and Origins. In: Ayalon L, Tesch-Romer C, editors. *Contemporary Perspectives on Ageism*. Springer One; 2018.p.1–10.
9. Butler RN. Ageism: A Foreword. *Journal of Social. National Institute on Aging*. 1980 [acesso em 2022 jul 16];36(2):8-11. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1980.tb02018.x>.
10. Marques S, Mariano J, Mendonça J, et al. Determinants of Ageism against Older Adults: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 [acesso em 2022 jul 15] Apr 8;17(7):2560. Disponível em: <https://doi.org/10.3390%2Fijerph17072560>.
11. Lichtenstein B. From "Coffin Dodger" to "Boomer Remover": Outbreaks of Ageism in Three Countries With Divergent Approaches to Coronavirus Control. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2021 [acesso em 2022 jul 18] Mar 14;76(4):e206-e212. Disponível em: <https://doi.org/10.1093%2Fgeronb%2Fgbaa102>.
12. Vervoort D, Luc JG. Hashtag Global Surgery: The Role of Social Media in Advancing the Field of Global Surgery. *Cureus*. 2020 [acesso em 2022 jul 18] Jun 6;12(6):e8468. Disponível em: <https://doi.org/10.7759%2Fcureus.8468>.
13. Feo Acevedo C, Feo Istúriz O. Impacto de los medios de comunicación en la salud pública. *Saúde Debate*. 2013 [acesso em 2022 jul 18] Mar;37(96):84-95. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-11042013000100010>.
14. Casero-Ripollés A. Impacto da Covid-19 nos sistemas de mídia: consequências comunicativas e democráticas do consumo de notícias durante o surto. *Comunicação e Educação*. 2020 [acesso em 2022 jul 19];25(1):109-129. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9125.v25i1p109-129>.
15. Silva MF, Silva DSM, Bacurau AGM, et al. Ageísmo contra idosos no contexto da pandemia da covid-19: uma revisão integrativa. *Rev. Saúde Pública*. 2021 [acesso em 2022 jul 18]; 55(4). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055003082>.

16. Chile. Ministerio de Salud. Resolución n. 215 exenta. Dispone medidas sanitárias que indica por brote de COVID-19. Diario Oficial de la republica de Chile, N.42.619-B. Santiago. 30 de marzo de 2020.
17. Chile. Ministerio de Salud. Resolución n. 347 exenta. Dispone medidas sanitárias que indica por brote de COVID-19. Diario Oficial de la republica de Chile, N.42.655. Santiago. 13 de mayo de 2020.
18. Fonseca JJS. Metodologia da pesquisa científica. Fortaleza: UEC; 2002. Apostila.
19. Newman N, Fletcher R, Schulz A, et al. Reuters Institute Digital News Report 2021 [acesso em 2021 out 19]; 10th ed. University of Oxford. Reuters Institute for the Study of Journalism; 2021. Disponível em: <https://ssrn.com/abstract=3873260>.
20. Organização Panamericana de Saúde. Organização Mundial de Saúde. OMS afirma que COVID-19 é agora caracterizada como pandemia [acesso em 2021 jun 19]; 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/news/11-3-2020-who-characterizes-covid-19-pandemic>.
21. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, et al. PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. *Ann Intern Med*. 2018 [acesso em 2022 jul 18];169(7):467-473. Disponível em: <https://doi.org/10.7326/m18-0850>.
22. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*. 2006 [acesso 2022 jul 17];3(2):77-101. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1191/1478088706qp063oa>.
23. gris EG, Lincoln YS. Competing paradigms in qualitative research. In: Denzin NK, Lincoln YS, editors. *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks, CA: Sage; 1994. p.105-117.
24. Armitage R, Nellums LB. COVID-19 and the consequences of isolating the elderly. *Lancet Public Health*. 2020 [acesso em 2022 jul 18] May;5(5):e256. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30061-X](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30061-X).
25. Previtali F, Allen LD, Varlamova M. Not Only Virus Spread: The Diffusion of Ageism during the Outbreak of COVID-19. *J Aging Soc Policy*. 2020 [acesso em 2022 jul 17] Jul-Oct;32(4-5):506-514. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/08959420.2020.1772002>.
26. Ayalon L. There is nothing new under the sun: ageism and intergenerational tension in the age of the COVID-19 outbreak. *Int Psychogeriatr*. 2020 [acesso em 2022 jul 16]

- Oct;32(10):1221-1224. Disponível em: <https://doi.org/10.1017%2FS1041610220000575>.
27. Skoog I. COVID-19 and mental health among older people in Sweden. *Int. Psychogeriatr.* 2020 [acesso em 2022 jul 27] Oct;32(10):1173-1175. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/s104161022000143x>.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico n. 9. [acesso em 2020 set 21]. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/April/12/2020-04-11-BE9-Boletim-do-COE.pdf>.
29. Chile. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Salud Pública División de Planificación Sanitaria. Departamento de Epidemiología. Informe Epidemiológico. Personas Mayores con COVID-19. [acesso em 2021 set 21]. Santiago, 2020. Disponível em: http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/06/PM_COVID_SE_24_2021.pdf
30. Rahman A, Jahan Y. Defining a 'Risk Group' and Ageism in the Era of COVID-19. *J Loss Trauma.* 2020 [acesso em 2022 jul 17];25(8):631-634. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/15325024.2020.1757993>.
31. Torres-Marín B. El derecho a envejecer con dignidad no se confina. In: Marín CR, editor. *La vejez: reflexiones de la postpandemia*. Medellín: Opción Colombia; 2020 [acesso em 2022 jul 19]. p.225-233. Disponível em: chrome-extension://efaidnbnmnibpcajpcglclefindmkaj/https://archivo.cepal.org/pdfs/ebooks/vejez_reflexiones_post_pandemia.pdf.
32. Muñoz CM, Hidalgo FA. La sobrevivencia en la vejez en Chile: lo que muestra la pandemia sobre la protección social. In: Abagaro CP, Boy M, Flores RAR et al, editors. *La pandemia social de COVID-19 en América Latina: reflexiones desde la Salud Colectiva*. 1a ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Teseo; 2021 [acesso em 2022 jul 18]. p. 251-272. Disponível em: <https://www.teseopress.com/pandemiasocial/chapter/la-sobrevivencia-en-la-vejez-en-chile-lo-que-muestra-la/>.
33. Ochoa-Rosales C, Gonzalez-Jaramillo N, Vera-Calzaretta A, et al. Impacto de diferentes medidas de mitigación en el curso de la pandemia de COVID-19 en Chile: proyección preliminar para el período del 14 de abril al 14 de mayo. *Rev. salud pública.* 2020 [acesso em 2021 out 1];22(2):e205. Disponível em: <https://doi.org/10.15446/rsap.v22n2.86380>.

34. Valera L, Carrasco MA, López R, et al. Orientaciones éticas para la toma de decisiones médicas en el contexto de la pandemia de COVID-19 en Chile. *Rev. Med. Chile*. 2020 [acesso em 2022 jul 18] Mar;148(3):393-398. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872020000300393>.
35. Abagaro CP, Boy M, Flores RAR, et al (coordinadores). *La pandemia social de COVID-19 en América Latina: reflexiones desde la Salud Colectiva*. 1a ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Teseo, 2021 [acesso em 2022 jul 17].280p. Disponível em: <https://www.teseopress.com/pandemiasocial/chapter/la-sobrevivencia-en-la-vejez-en-chile-lo-que-muestra-la/>.
36. Rosa CM. A velhice da morte. In: Marín CR, editor. *La vejez: reflexiones de la postpandemia*. Medellín: Opción Colombia; 2020 [acesso em 2022 jul 17]. p.151-161. Disponível em: chrome-extension://efaidnbnmnibpcajpcgglefindmkaj/https://archivo.cepal.org/pdfs/ebooks/vez_reflexiones_post_pandemia.pdf.
37. Camarano AA. Os dependentes da renda dos idosos e o coronavírus: órfãos ou novos pobres? *Ciên. Saúde Colet*. 2020 [acesso em 2022 jul 16];25(2):4169-4176. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.2.30042020>.
38. Vives A, Gray N, González F, et al. Gender and Ageing at Work in Chile: Employment, Working Conditions, Work–Life Balance and Health of Men and Women in an Ageing Workforce. *Annals of Work Exposures and Health*. 2018 [acesso em 2022 jul 18] Apr 18;62(4):475–489. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/annweh/wxy021>.
39. Machado CV. Políticas de Saúde na Argentina, Brasil e México: Diferentes caminhos, muitos desafios. *Ciên. Saúde Colet*. 2018 [acesso em 2022 jul 18];23(7):2197-2212. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018237.08362018>.
40. Moreno X, Lera L, Moreno F, et al. Socioeconomic inequalities in life expectancy and disability-free life expectancy among Chilean older adults: evidence from a longitudinal study. *BMC Geriatrics*. 2021 [acesso em 2022 jul 14] Mar 11;21(1):176. Disponível em: <https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-021-02126-9>.
41. Jimenez-Sotomayor MR, Gomez-Moreno C, Soto-Perez-de-Celis E. Coronavirus, Ageism, and Twitter: An Evaluation of Tweets about Older Adults and COVID-19. *J Am. Geriatr. Soc*. 2020 [acesso em 2022 jul 16] Aug;68(8):1661-1665. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jgs.16508>.

42. Carvalho ESS, Carneiro JM, Gomes AS, et al. Why does your pain never get better? Stigma and coping mechanism in people with sickle cell disease. *Rev. Bras. Enferm.* 2021 [acesso em 2022 jul 14];74(3):e20200831. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0831>.
43. Moraes CL, Marques ES, Ribeiro AP, et al. Violência contra idosos durante a pandemia de Covid-19 no Brasil: contribuições para seu enfrentamento. *Ciê. Saúde Colet.* 2020 [acesso em 2022 jul 14];25(Supl.2):4177-4184. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.2.27662020>.
44. Hammerschmidt KSA, Santana RF. Saúde do idoso em tempos de pandemia COVID-19. *Cogitare enferm.* 2020 [acesso em 2021 set 21];25:e72846. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.72849>.
45. Chang ES, Kanno S, Levy S, et al. Global reach of ageism on older persons' health: A systematic review. *PLoS One.* 2020 [acesso em 2022 jul 16] Jan 15;15(1):e0220857. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220857>.
46. Burnes D, Sheppard C, Henderson CR Jr, et al. Interventions to Reduce Ageism Against Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Am J Public Health.* 2019 [acesso em 2022 jul 18] Aug;109(8):e1-e9. Disponível em: <https://doi.org/10.2105/ajph.2019.305123>.
47. Wister A, Speechley M. COVID-19: Pandemic Risk, Resilience and Possibilities for Aging Research. *Can J Aging.* 2020 [acesso em 2022 jul 17] Sep;39(3):344-347. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/s0714980820000215>.

Recebido em 03/12/2021

Aprovado em 10/05/2022

Conflito de interesses: não houve.

Suporte financeiro: Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação da Universidade Estadual de Feira de Santana (PPPG-UEFS) através do Programa de Apoio à Pós-Graduação (PROAP) da Coordenação de Aperfeiçoamento de Nível Superior (CAPES).

6.2 Ageísmo direcionado a pessoas idosas em serviços de saúde

O alcance do segundo objetivo específico será apresentado em formato de artigo científico, publicado na *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, cuja formatação segue as normas da revista.

Ageísmo direcionado às pessoas idosas em serviços de saúde: uma revisão de escopo

Resumo

Objetivo: mapear as expressões e medidas de enfrentamento ao ageísmo direcionado às pessoas idosas em serviços de saúde. **Método:** revisão de escopo de estudos primários em inglês, espanhol e português, sem delimitação temporal, coletadas em 14 bases de dados. A seleção dos títulos, resumos e texto completo foi realizada por dois revisores independente e às cegas totalizando corpus de 41 artigos. A extração dos dados foi realizada por pares. Os dados foram apresentados em resumos narrativos e quadros.

Resultados: expressões de ageísmo estão compreendidas no nível interpessoal, por meio de imagem e atitudes que depreciam, desvalorizam a vida e deslegitimam as necessidades das pessoas idosas; e o nível institucional, que confere barreiras ao acesso dos serviços de saúde, gerando desassistência e descuidado. As medidas de enfrentamento consistem em intervenções educativas e ampliação dos canais de comunicação entre pessoas idosas, profissionais da saúde e gestores. **Conclusão:** Os resultados poderá tornar os profissionais da saúde vigilantes para o (des) cuidado guiado pelo viés de idade e sensíveis para o enfrentamento do ageísmo a partir da obtenção de conhecimentos científicos. A análise do fenômeno no contexto do Sistema Único da Saúde se constitui lacuna do conhecimento, bem como as expressões implícitas do ageísmo.

Descritores: Etarismo; Idoso; Serviços de Saúde; Envelhecimento; Pessoal da Saúde; Revisão.

Descriptors: Ageism; Aged; Health Services; Aging; Health Personnel; Review.

Descriptor: Ageísmo; Anciano; Servicios de Salud; Envejecimiento; Personal de Salud; Revisión.

Introdução

O termo ageísmo foi utilizado pela primeira vez para se referir à inquietação, repulsa e aversão por parte dos jovens e pessoas de meia-idade para com o envelhecimento, doença, deficiência, impotência, "inutilidade" e morte e costuma ser vinculado às pessoas em razão de sua idade⁽¹⁾. Atualmente é reconhecido que o ageísmo

pode ser direcionado a qualquer faixa etária, entretanto, até agora o foco nas pessoas idosas têm recebido mais atenção, uma vez que em contextos ocidentais é comum elas serem representadas como frágeis, fracas, dependentes, não produtivas e cujos problemas de saúde são naturalizados e compreendidos como parte normal do envelhecimento⁽²⁾.

A literatura trata o ageísmo como um conceito multifacetado e que envolve três dimensões distintas: uma cognitiva (estereótipos), uma afetiva (preconceito) e uma dimensão comportamental (discriminação). A dimensão cognitiva abrange estereótipos negativos sobre o envelhecimento, são adquiridos muito cedo e tendem a agir como profecias autorrealizáveis na velhice⁽³⁾, por exemplo, pensar que pessoas idosas são incapazes de aprender coisas novas. Os estereótipos são ativados quando há uma desconsideração das especificidades das pessoas idosas e podem gerar rótulos que significam separar as pessoas em categorias distintas e ativar crenças que depreciam os sujeitos e ocasionam consequências negativas em diversos âmbitos da vida⁽⁴⁾.

A dimensão afetiva (preconceitos) envolve uma reação emocional ou sentimento negativo ou positivo e cria distinções dentro dos grupos ou fora dele, por exemplo, quando se sente pena da pessoa idosa por considerá-la frágil e isso motiva a desconsiderar a capacidade dessa pessoa de fazer algo sozinho; e a comportamental, que compreende a discriminação que ocorre quando se utiliza práticas de exclusão para com terceiros e os colocam em posições sociais desvantajosas por causa da idade⁽¹⁾, por exemplo, quando um trabalhador idoso é proibido de comparecer a uma sessão de treinamento por ser considerado muito velho para aprender coisas novas. O ageísmo pode ser sutil e dificilmente notado, ou explícito e bem conhecido, molda a percepção das pessoas idosas sobre suas habilidades e necessidades, bem como a visão de quem está ao seu redor⁽²⁾.

Com a pandemia da COVID-19 explicitou-se discussões antes veladas, como o lugar social dos mais velhos e a manifestação das expressões do ageísmo por diferentes

setores da sociedade. Neste cenário, as pessoas idosas foram retratadas como sendo fardo social e familiar, frágeis, teimosas, desobedientes e cujas vidas são desvalorizadas e tidas como menos importantes do que a dos jovens, o que, por sua vez, ocasiona implicações para a saúde psíquica, emocional e física e impacta na saúde das pessoas idosas⁽⁵⁾.

No contexto dos serviços de saúde, os efeitos dos estereótipos, preconceitos e discriminações vivenciados pelas pessoas idosas são conhecidos e restringem o acesso a cuidados de saúde, diagnósticos e tratamentos e são significativamente associados a piores condições de saúde, indicam longevidade reduzida, baixa qualidade de vida e bem-estar, comportamentos de risco à saúde, relações sociais ruins, doença física, doença mental e deficiência cognitiva⁽⁴⁾.

Ainda, o ageísmo se expressa, no campo da saúde, a partir de atitudes e práticas tendenciosas e veladas relacionadas à idade, que privilegiam pessoas mais jovens em detrimento das mais velhas no uso dos recursos e serviços de saúde, tais como acesso a leitos de Unidade de Terapia Intensiva, tratamento de alto custo, intervenção cirúrgica, dentre outros; está presente no nível cultural das sociedades ocidentais; e o nível institucional, remete às leis, regras, normas sociais, políticas e protocolos que restringem as oportunidades das pessoas idosas e tem repercussão importante na atenção prestada à saúde dessa população, além de potencializar desigualdades nos sistemas e serviços de saúde⁽⁶⁾.

Além disso, o ageísmo é menos estudado do que outras formas de discriminação, havendo poucos estudos que examinam explicitamente as suas manifestações no campo da saúde⁽⁷⁾, além de existir poucas evidências científicas que subsidiam o processo de trabalho dos profissionais de saúde para atenuar os impactos do ageísmo na velhice⁽⁸⁾. Isto posto, esta revisão se diferencia do que já foi produzido, por apresentar um retrato ampliado de como o ageísmo se manifesta nos serviços de saúde.

Mapear as evidências do ageísmo nos serviços de saúde, bem como suas formas de enfrentamento torna-se relevante pela possibilidade de fornecer subsídios para estudos futuros, contribuir para a formulação de políticas e implementação de estratégias para redução deste fenômeno no campo da saúde, bem como auxiliar na formação de profissionais da saúde. Uma pesquisa preliminar foi realizada com os Medical Subject Headings (MeSH) "ageism" e "health", conduzida em fevereiro de 2021 nos portais da Prospero, PubMed, Open Science Framework, Joanna Briggs Institute Evidence Synthesis e Cochrane Database of Systematic Reviews e não foram encontrados estudos de revisão de escopo sobre o tema. Assim, este estudo objetiva mapear as expressões e medidas de enfrentamento ao ageísmo direcionadas às pessoas idosas em serviços de saúde.

Método

Tipo de estudo

Trata-se de uma revisão de escopo conduzida de acordo com a metodologia do Joanna Briggs Institute (JBI) para revisões de escopo⁽⁹⁾, apresentada segundo as recomendações do Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation⁽¹⁰⁾ e cujo protocolo foi registrado na plataforma para registro de trabalhos científicos Open Science Framework através do link: <https://osf.io/pv2by> e publicado⁽¹¹⁾. Delineou-se o protocolo de pesquisa, guiado pela questão de pesquisa, a qual foi construída a partir do mnemônico PCC cuja (P) População foram pessoas idosas e profissionais de saúde; (C) Conceito de ageísmo direcionado a pessoas idosas; (C) Contexto dos serviços de saúde, que envolvem todos os componentes do sistema de saúde prestados na atenção primária, secundária e terciária. Assim, tem-se como perguntas de investigação: Como o ageísmo direcionado a

peessoas idosas se expressa em serviços de saúde? Quais as medidas de enfrentamento ao ageísmo direcionado a pessoas idosas em serviços de saúde?

Cenários de estudo

Esta revisão foi realizada nas seguintes bases de dados: PubMed via *National Library of Medicine*/The National Center for Biotechnology Information (NLM/NCBI), Biblioteca Digital da Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) via Business Source Complete (EBSCO) e PsycINFO, Angeline, Embase, Scopus e Web of Science Core Collection. A escolha dos portais e bases de dados se deu por se constituírem em grandes acervos de publicações nas áreas do estudo pretendido.

A busca da literatura cinzenta foi realizada através dos portais Teses Capes; Cybertesis Repositório de Tesis Digitalis; Portal Digital Access to Research Theses - Europe (DART-E) E-theses; Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP); Biblioteca do Conhecimento Online-b-on (Online Knowledge Library).

Período

A coleta de dados aconteceu em abril e maio de 2021.

População

A população do estudo foi composta por 41 artigos científicos encontrados nas buscas ocorridas nas bases de dados e na literatura cinzenta.

Crítérios de seleção

As fontes de evidência foram os textos completos de estudos primários (quantitativos ou qualitativos) teses e dissertações, publicadas nas principais bases de dados da área da saúde, psicologia e gerontologia, em português, inglês e espanhol e sem limites temporais, com a justificativa de recuperar o maior número possível de

publicações. Não foram incluídos estudos de revisão, artigos de opinião, ensaios teóricos, comentários, capítulos de livro e livro.

Instrumento de coleta de dados

Foi elaborado um instrumento para extração de dados organizado em arquivo de word (2013), desenvolvido pelo JBI⁽⁹⁾ e adaptado para atender aos objetivos desta revisão, testado pela equipe de pesquisa e versa com informações a respeito da identificação do estudo (autores, títulos, ano de publicação, link Digital Object Identifier (DOI) - Identificador de Objeto Digital, periódico, data de publicação, objetivos, metodologia (tipo de estudo, participantes, contexto, conceito, instrumentos de pesquisa) e resultados (expressões e estratégias de enfrentamento ao ageísmo).

Coleta de dados

Uma busca exploratória em fevereiro de 2021, no PubMed e CINAHL via EBSCO foi realizada para identificar artigos sobre o assunto e as palavras-chaves encontradas nos títulos, resumos e os descritores/MeSH encontrados foram selecionados para compor as estratégias de busca que foram desenvolvidas com o apoio de uma bibliotecária especializada em revisões e aplicadas nas bases de dados selecionadas como cenários deste estudo (Figura 1).

Fonte de informação	Estratégia de Busca
PubMed	((“Ageism”[MeSH Terms] OR “Age Discrimination” [All Fields] OR “Age discriminations”[All Fields] OR (“Ageism”[MeSH Terms] OR “Ageism” [All Fields])) AND (“Aged” [MeSH Terms] OR (“Aged” [MeSH Terms] OR “Aged” [All Fields]) OR (“older” [All Fields] OR “olders” [All Fields]) OR “elder*”[All Fields] OR (“senior” [All Fields] OR “seniorities” [All Fields] OR “seniority” [All Fields] OR “seniors” [All Fields]) OR “geriatr*”[All Fields]) AND (“Health”[MeSH Terms] OR (“Health”[MeSH Terms] OR “Health”[All Fields] OR “healths”[All Fields] OR “healthful”[All Fields] OR “healthfulness” [All Fields] OR “healths” [All Fields]))) Filters: Aged 65+ years, 80 and over: 80+ years, Middle Aged: 45-64 years.

CINAHL*	MH "ageism" OR TI (ageism or "age discrimination" or "age bias" or "age stereotype" OR "age prejudice") OR AB (ageism or "age discrimination" or "age bias" or "age stereotype" OR "age prejudice") AND MH aged OR TI (aged OR elderly OR senior OR "older people" OR geriatric OR elder*) OR AB (aged or elderly or senior or "older people" or geriatric OR elder*) AND MH Health OR TI (health OR "health services" OR "Health Care Services" OR "Public Health Service") OR AB (health OR "health services" OR "Health Care Services" OR "Public Health Service") AND (Restringir por SubjectAge: - aged, 80 & over Restringir por SubjectAge: - middle aged: 45-64 years Restringir por SubjectAge: - aged: 65+ years) AND (Restringir por revistas acadêmicas)
---------	---

*CINAHL= Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature

Figura 1- Estratégias de pesquisa. Feira de Santana, Bahia, Brasil, 2021

Todos os estudos identificados foram agrupados e enviados à ferramenta EndNote (Clarivate Analytics, Estados Unidos da América) para remoção dos estudos duplicados. Em seguida, de forma independente e às cegas, através da ferramenta Rayyan Intelligent Systematic Review (<https://www.rayyan.ai/>), dois revisores realizaram a seleção das fontes de evidência por meio de leitura e seleção de títulos, resumos e textos completos e as divergências foram resolvidas por uma terceira revisora e os motivos para a exclusão das produções foram quantificados e justificados. A extração dos dados foi realizada por dois revisores, sendo um coletando e o outro revisando e confirmando os dados.

Por fim, as listas de referências de artigos recuperados na busca de texto completo e incluídos na seleção final foram rastreadas para inclusão na amostra do estudo. Os autores das produções científicas cujos textos completos estavam indisponíveis nas bases de dados foram contatados, porém não obtivemos êxito no acesso aos mesmos.

Tratamento e análise dos dados

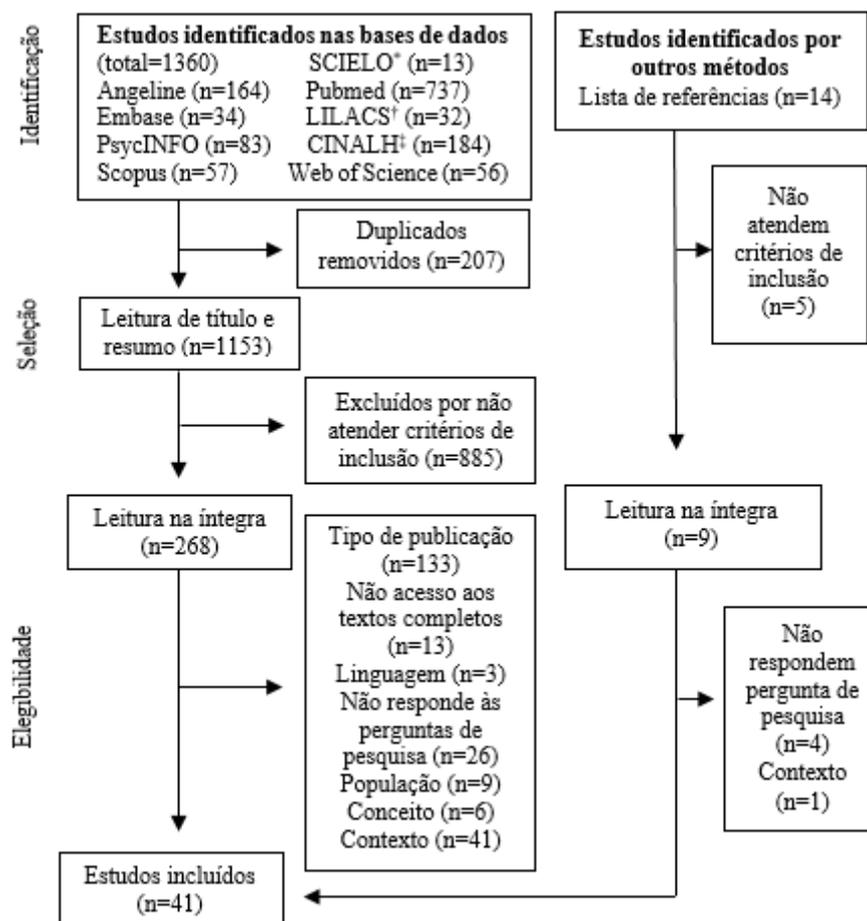
Os dados extraídos foram organizados no software MaxQDA que faz parte da família de QDA (Qualitative Data Analysis Software), versão 2020, e analisados a partir de estatística descritiva simples, apresentados em resumos narrativos e quadro e discutidos à luz de outros achados nacionais e internacionais sobre o tema.

Aspectos éticos

Os estudos utilizados possuem acesso de domínio público, não havendo necessidade de submissão do estudo ao Comitê de Ética em Pesquisa.

Resultados

A amostra final da revisão se constituiu em 41 artigos científicos, que estão apresentados no PRISMA-SrC⁽¹²⁾ na Figura 2.



*SCIELO= Biblioteca Digital da Scientific Electronic Library Online; †LILACS= Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde; ‡CINAHL= Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature

Figura 2- Fluxograma do processo de seleção dos estudos primários incluídos na revisão de escopo. Feira de Santana, Bahia, Brasil, 2021

A caracterização da produção científica do ageísmo direcionado a pessoas idosas

em serviços de saúde está apresentada na Figura 3.

Nº	Autores	Título	Ano	Objetivos	Métodos	Idioma
(13)	Grant PT, Henry JM, McNaughton GW.	The management of elderly blunt trauma victims in Scotland: evidence of ageism?	2000	Determinar a mortalidade intra-hospitalar de acientes idosos traumatizados; Analisar as principais características de seu manejo; verificar se esses pacientes traumatizados foram tratados de forma menos agressiva do que seus pares mais jovens.	Estudo prospectivo com dados coletados pelo Scottish Trauma Audit Group, na Escócia.	Inglês
(14)	Uncapher H; Arean PA;	Physicians are less willing to treat suicidal ideation in older patients.	2000	Determinar se existe um viés de idade entre os médicos da atenção primária quando contemplam o tratamento de pacientes suicidas.	Estudo quantitativo com médicos da atenção primária em São Francisco, Estados Unidos.	Inglês
(15)	Bouman WP, Arcelus J.	Are psychiatrists guilty of "ageism" when it comes to taking a sexual history?	2001	Determinar a prática atual percebida de psiquiatras consultores em relação à história sexual e ao manejo da disfunção sexual de seus pacientes.	Estudo quantitativo com pessoas idosas e psiquiatras, em hospitais em Sheffield, Nottingham, Leicester e Birmingham, na Inglaterra.	Inglês
(16)	Kennelly C, Bowling A.	Suffering in deference: a focus group study of older cardiac patients' preferences for treatment and perceptions of risk.	2001	Explorar as experiências de cuidados de saúde dos idosos em relação à sua condição médica (doença isquêmica do coração), sua compreensão dos riscos à saúde, preferências de tratamento e o impacto dos tratamentos em sua qualidade de vida.	Estudo qualitativo realizado com pessoas maiores de 56 anos, com diagnóstico de cardiopatia isquêmica, em Londres.	Inglês
(17)	Austin, D., Russell, E. M.	<i>Is There Ageism in Oncology? Scottish</i>	2003	Determinar se as diferenças relacionadas à idade no manejo hospitalar de pacientes com câncer foram clinicamente justificável ou não.	Estudo quantitativo com pessoas com câncer, em hospital de tratamento do câncer colorretal, na Escócia.	Inglês
(18)	Fischer LR, Wei F, Solberg LI, Rush WA, Heinrich RL.	Treatment of elderly and other adult patients for depression in primary care.	2003	Determinar se a depressão é tratada de forma diferente em pacientes mais velhos e mais jovens em clínicas de atenção primária.	Estudo quantitativo com adultos com diagnóstico de depressão, atendidos nas clínicas de atenção primária, na Região do Centro-Oeste dos Estados Unidos.	Inglês
(19)	Peake MD, Thompson S,	Ageism in the management of lung cancer.	2003	Estudar o impacto de tal idade na sobrevida de pacientes com câncer de pulmão.	Estudo quantitativo, com pessoas internadas em 48	Inglês

	Lowe D, Pearson MG;				hospitais no Reino Unido.	
(20)	Williams D, Bennett K, Feely J.	Evidence for an age and gender bias in the secondary prevention of ischaemic heart disease in primary care.	2003	Determinar se existe um viés de gênero ou idade na prescrição de importantes terapias preventivas secundárias para cardiopatia isquêmica na atenção primária	Estudo quantitativo com pacientes com doença cardíaca isquêmica, na Região Leste, do esquema de Serviços Médicos Gerais, na Irlanda.	Inglês
(21)	Bhalla A, Grieve R, Tilling K, Rudd AG, Wolfe CD;	Older stroke patients in Europe: stroke care and determinants of outcome.	2004	Estimar a estrutura e o processo de atendimento. Identificar fatores independentes associados à mortalidade em 3 meses e ao resultado funcional em pacientes com idade superior a 75 anos.	Estudo quantitativo realizado com pessoas vítima de AVC*, em 13 hospitais de 10 países europeus.	Inglês
(22)	Van Delden JJ, Vrakking AM, van der Heide A, et al.	Medical decision making in scarcity situations.	2004	Explorar os pontos de vista dos médicos sobre vários tópicos que surgiram no debate sobre a alocação de recursos escassos com foco particular no papel da idade e compará-los com os pontos de vista dos formuladores de políticas.	Estudo qualitativo com médicos oncologistas, cardiologistas e médicos de casas de repouso, na região sudoeste da Holanda.	Inglês
(23)	Gunders on A, Tomkowiak J, Menachemi N, Brooks R.	Rural physicians' attitudes toward the elderly: evidence of ageism?	2005	Examinar as percepções e atitudes de médicos rurais da Flórida que rotineiramente prestam cuidados a idosos.	Estudo qualitativo realizado com médicos que atendem pessoas idosas residentes na zona rural, na Flórida, Estados Unidos.	Inglês
(24)	Finger RP, Ali M, Earnest J, Nirmalan PK.	Cataract surgery in Andhra Pradesh state, India: an investigation into uptake following outreach screening camps.	2007	Analisar os processos de tomada de decisão que levam à aceitação de serviços de cirurgia de catarata oferecidos durante os campos de triagem de alcance foram investigados em pessoas com catarata na Índia	Estudo exploratório, qualitativo com pacientes com catarata de dois hospitais oftalmológicos em Hyderabad, Índia.	Inglês
(25)	Jill Manthorpe, Roger Clough, Michelle Cornes, Les Bright, Jo Moriarty, Steve Iliffe.	Four years on: the impact of the National Service Framework for Older People on the experiences, expectations and views of older people.	2007	Avaliar o impacto do Quadro Nacional de Serviços para Idosos nas experiências e expectativas dos idosos.	Estudo qualitativo realizada com pessoas idosas e seus cuidadores que utilizam serviços de saúde, na Inglaterra.	Inglês

(26)	Pedersen R, Nortvedt P, Nordhaug M, Slettebø A, Grøthe KH, et al.	In quest of justice? Clinical prioritisation in healthcare for the aged.	2008	Explorar que tipo de critérios, valores e outras considerações relevantes são importantes nas prioridades clínicas em serviços de saúde para pacientes idosos.	Estudo qualitativo com médicos e enfermeiros que atendem pessoas idosas em hospitais públicos e lares de pessoas idosas, em diferentes partes da Noruega.	Inglês
(27)	Hudelson P, Kolly V, Perneger T.	Patients' perceptions of discrimination during hospitalization	2010	Identificar as fontes de discriminação percebida durante a hospitalização e examinar a relação da discriminação percebida com as características do paciente e da internação, e com as classificações dos cuidados do paciente.	Estudo quantitativo pessoas adultas atendidas em Hospitais da Universidade de Genebra, Suíça.	Inglês
(28)	Mitford E, Reay R, McCabe K, Paxton R, Turkington D.	Ageism in first episode psychosis.	2010	Comparar a incidência, grupos de diagnóstico e hospitalização de duas faixas etárias diferentes com psicose em primeiro episódio	Estudo quantitativo utilizando banco de dados PACE (epidemiologia clínica ajustada à população) em Northumberland, Reino Unido.	Inglês
(29)	Protière C, Viens P, Rousseau F, Moatti JP.	Prescribers' attitudes toward elderly breast cancer patients. Discrimination or empathy	2010	Identificar características relevantes dos médicos, como suas características sociodemográficas, experiência, conhecimento de testes geriátricos, "efeitos do estilo de prática" e a crença na eficácia dos diversos tratamentos adjuvantes disponíveis.	Estudo quantitativo com médicos oncologistas e radioterapeutas que tratam de pessoas com câncer de mama, em hospitais da França.	Inglês
(30)	Clarke LH, Bennett EV, Korotchenko A.	Negotiating vulnerabilities: how older adults with multiple chronic conditions interact with physicians.	2014	Compreender como pessoas idosas percebiam e vivenciavam o cuidado prestado por seus médicos da atenção primária.	Estudo qualitativo com mulheres e homens com doenças crônicas, que utilizam dos serviços de saúde, no Canadá.	Inglês
(31)	Forrest, L., Adams, J., White, M. et al.	Factors associated with timeliness of post-primary care referral, diagnosis and treatment for lung cancer: population-based, data-linkage study.	2014	Investigar os fatores (posição socioeconômica, idade, sexo, histologia, comorbidade, ano de diagnóstico, estágio e performance status que podem influenciar a probabilidade de encaminhamento para cuidados pós-primários, diagnóstico e tratamento dentro dos tempos-alvo.	Estudo quantitativo com pessoas com diagnóstico de câncer de pulmão, obtidos do Northern and Yorkshire Cancer Registry and Information Service, na Inglaterra.	Inglês

(32)	Polat U, Karadağ A, Ulger Z, Demir N.	Nurses' and physicians' perceptions of older people and attitudes towards older people: Ageism in a hospital in Turkey.	2014	Determinar as percepções de velhice e a prevalência de envelhecimento de idosos entre enfermeiros e médicos.	Estudo quantitativo com enfermeiros e médicos nas clínicas médica e cirúrgica de um hospital universitário na Turquia.	Inglês
(33)	Skirbekk H, Nortvedt P.	Inadequate treatment for elderly patients: professional norms and tight budgets could cause "ageism" in hospitals.	2014	Analisar as considerações éticas de cuidado entre profissionais de saúde ao tratar e estabelecer prioridades para pacientes idosos na Noruega	Estudo qualitativo com médicos e enfermeiros de hospitais gerais, na Noruega.	Inglês
(34)	Ben-Harush A, Shiovitz-Ezra S, Doron I, Alon S, et al	Ageism among physicians, nurses, and social workers: findings from a qualitative stud	2016	Replicar os resultados de estudos anteriores que relataram suporte diferenciado de tratamento médico dependendo da idade do paciente em uma população diferente de profissionais de saúde (enfermeiros em vez de médicos); Determinar se o suporte para imunoterapia cara, quimioterapia adjuvante ou reconstrução mamária está relacionado ao preconceito de idade entre os enfermeiros.	Estudo qualitativo com 76 enfermeiros especializados em oncologia, em um centro especializado em Israel.	Inglês
(35)	Davis T, Teaster PB, Thornton A, Watkins JF, Alexander L, Zanjani F.	Primary Care Providers' HIV Prevention Practices Among Older Adults.	2016	Compreender as práticas de prevenção ao HIV** dos prestadores e cuidados primários entre os idosos. Entender os fatores que afetam o fornecimento de materiais educativos sobre HIV pelos provedores para adultos mais velhos e as práticas de triagem de HIV.	Estudo qualitativo realizado com médicos e enfermeiros que atendem pacientes com mais de 50 anos, na atenção primária à saúde do estado de Kentucky, Estados Unidos.	Inglês
(36)	Schroyen S, Missotten P, Jerusalem G, Gilles C, Adam S.	Ageism and caring attitudes among nurses in oncology.	2016	Replicar os resultados de estudos anteriores que relataram suporte diferenciado de tratamento médico dependendo da idade do paciente em uma população diferente de profissionais de saúde (enfermeiros em vez de médicos); Determinar se o suporte para imunoterapia cara,	Estudo qualitativo realizado com enfermeiros especializados em oncologia e atuantes em diferentes unidades do Hospital Universitário Sart Tilman Liège, na Bélgica.	Inglês

				quimioterapia adjuvante ou reconstrução mamária está relacionado ao preconceito de idade entre os enfermeiros.		
(37)	Taverner T, Baumbusch J, Taipale P.	Normalization of Neglect: A Grounded Theory of RNs' Experiences as Family Caregivers of Hospitalized Seniors.	2016	Desenvolver uma teoria sobre a atuação do cuidado de enfermagem, conforme descrito pelos cuidadores da pessoa idosa em setor de cuidados intensivos.	Estudo qualitativo com mulheres idosas e cuidadoras, recrutados em dois grandes hospitais da Colúmbia Britânica.	Inglês
(38)	Demetriou E, Kokkinou M, Metaxas G, Kyriakides E, Kyprianou T.	Psychological support for families of ICU patients: longitudinal documentation of the service.	2017	Avaliar e descrever a necessidade de apoio psicológico aos familiares de pacientes internados em UTI***, para os anos de 2011 a 2014. Identificar a percepção dos profissionais de saúde quanto à necessidade de apoio psicológico.	Estudo qualitativo realizado a partir da documentação de atendimentos psicológica familiares de pacientes internados em UTI nos anos de 2011 a 2014, em Chipre.	Inglês
(39)	Di Rosa M, Chiatti C, Rimland JM, et al.	Ageism and surgical treatment of breast cancer in Italian hospitals.	2018	Avaliar se a idade do paciente é um fator que influencia o tipo de tratamento cirúrgico do câncer de mama na Itália. Avaliar a existência e as características de eventuais diferenças regionais no tipo de tratamento cirúrgico do câncer de mama.	Estudo retrospectivo baseado em registros nacionais de alta hospitalar, na Itália.	Inglês
(40)	Forti P, Maioli F, Magni E, et al.	Risk of Exclusion From Stroke Rehabilitation in the Oldest Old.	2018	Investigar se a idade mais velha ≥ 85 (ano) é um preditor independente de exclusão da reabilitação do AVC	Estudo de coorte retrospectivo realizado com pessoas idosas diagnosticadas com AVC, em um hospital Italiano.	Inglês
(41)	Kiplagat, J., Huschke, S.	HIV testing and counselling experiences: a qualitative study of older adults living with HIV in western Kenya.	2018	Descreve experiências de testagem de HIV de idosos vivendo com HIV e como sua idade moldou sua interação e tratamento recebido durante o teste e diagnóstico de HIV.	Qualitativo realizado com pessoas infectadas pelo HIV com idade ≥ 50 anos e que utilizam serviços de clínicas rurais e urbanas, no oeste do Quênia.	Inglês
(42)	Schatz, E., Seeley, J., Negin, J., Mugisha, J.	They 'don't cure old age': Older Ugandans' delays to health-care access	2018	Examinar os fatores que fazem com que os ugandenses mais velhos atrasem o acesso aos cuidados de saúde.	Estudo qualitativo com pessoas idosas no distrito de Kalungu na zona rural do sudoeste de Uganda.	Inglês

(43)	Schroyen S, Adam S, Marquet M, Jerusalem G, Thiel S, et al.	Communication of healthcare professionals: Is there ageism?	2018	Observar se características da fala do idoso (positivas ou negativas) são mais frequentes em profissionais que têm uma visão negativa do envelhecimento.	Estudo qualitativo com médicos da cidade de Liège, na Bélgica.	Inglês
(44)	Wiel E, Di Pompéo C, Segal N, et al.	Age discrimination in out-of-hospital cardiac arrest care: a case-control study.	2018	Comparar os cuidados e os resultados do parada cardíaca extra-hospitalar entre pacientes jovens.	Estudo quantitativo com dados de pessoas adultas com câncer, extraídos do registro francês de parada cardíaca nacional, na França.	Inglês
(45)	Dobrowolska B, Jędrzejkiewicz B, Pilewska-Kozak A, Zarzycka D, Ślusarska B, Deluga A, et al.	Age discrimination in healthcare institutions perceived by seniors and students.	2019	Explorar a discriminação com base na idade em instituições de saúde percebida por idosos e estudantes de Medicina e Enfermagem.	Estudo multimétodo com indivíduos com 65 anos que frequentam Universidade da Terceira Idade, na região leste da Polônia.	Inglês
(46)	Shin DW, Park K, Jeong A, Yang HK, Kim SY, Cho M, Park JH.	Experience with age discrimination and attitudes toward ageism in older patients with cancer and their caregivers: A nationwide Korean survey.	2019	Compreender a visão dos próprios pacientes idosos em relação ao seu cuidado no que diz respeito à sua relação com a idade; Determinar: 1) se os idosos e seus cuidadores acham que pacientes idosos devem ter o mesmo nível de tratamento que pacientes mais jovens com câncer; 2) se os pacientes idosos sofreram alguma discriminação com base na idade durante o tratamento do câncer;	Pesquisa quantitativa realizada com pessoas idosas com câncer e seus cuidadores, participantes do National Cancer Center e dez outros centros regionais de câncer, na Coreia.	Inglês
(47)	Heyman N, Osman I, Ben Natan M.	Ageist attitudes among healthcare professionals and older patients in a geriatric rehabilitation facility and their association with patients' satisfaction with care.	2020	Explorar a prevalência de atitudes etários em idosos internados em uma reabilitação geriátrica, bem como a associação entre satisfação com o atendimento e atitudes etários. Estimar se existe associação entre a satisfação dos pacientes com o atendimento e atitudes etários entre os profissionais de saúde que	Estudo quantitativo com profissionais de saúde e pessoas idosas, em um departamento de reabilitação de um centro médico geriátrico, localizado no centro-norte de Israel.	Inglês

				trabalham na unidade de reabilitação. Explorar a prevalência de atitudes etários entre os profissionais de saúde.		
(48)	Kessler, Eva-Marie; Blachetta Christin.	Age cues in patients' descriptions influence treatment attitudes,	2020	Investigar como as pistas de idade no contexto psicoterapêutico influenciam as atitudes de tratamento dos profissionais de saúde.	Estudo quantitativo com psicoterapeutas da Associação de Terapia Comportamental no progresso da Alemanha.	Inglês
(49)	Lee J, Yu H, Cho HH, Kim M, Yang S.	Ageism between Medical and Preliminary Medical Persons in Korea.	2020	Analisar as tendências do preconceito de idade entre profissionais de saúde e estudantes de medicina na República da Coreia.	Estudo quantitativo com profissionais de saúde e pessoas idosas, na República da Coréia.	Inglês
(50)	Motsohi T, Namane M, Anele AC, Abbas M, Kalula SZ.	Older persons' experience with health care at two primary level clinics in Cape Town, South Africa: a qualitative assessment.	2020	Avaliar como os idosos vivenciam a prestação de cuidados de saúde em duas clínicas de atenção primária e identificar lacunas percebidas nos cuidados de saúde aos idosos.	Estudo qualitativo com pessoas idosas, em duas unidades de atenção primária nos subúrbios da Cidade do Cabo, África do Sul.	Inglês
(51)	Rababa, M., Hammouri, A.M., Hweidi, I.M., & Ellis, J.L. (2020).	Association of Nurses' Level of Knowledge and Attitudes to Ageism Toward Older Adults: Cross-sectional Study.	2020	Examinar como as características sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros na Jordânia se correlacionam com seus níveis de conhecimento, atitudes e idade em relação aos idosos.	Estudo descritivo, correlacional e transversal, realizado com enfermeiros que atuam em um hospital público e um hospital universitário em Irbid, norte da Jordânia.	Inglês
(52)	Tomioka S, Rosenberg M, Fushimi K, Matsuda S.	An analysis of equity in treatment of hip fractures for older patients with dementia in acute care hospitals: observational study using nationwide hospital claims data in Japan.	2020	Avaliar se o estado de demência está associado a um tratamento mais pobre, examinando a associação do estado de demência de um paciente com a probabilidade de receber cirurgia e o tempo de espera até a cirurgia de fratura de quadril em hospitais de cuidados agudos no Japão.	Estudo quantitativo com pessoas vítima de fratura fechada do quadril, cujos dados foram extraídos do banco de dados Diagnosis Procedure Combination no Japão.	Inglês
(53)	Hwang EH, Kim KH.	Quality of Gerontological Nursing and Ageism: What Factors Influence on	2021	Identificar os fatores que influenciam as atitudes de ageistas dos enfermeiros	Estudo quantitativo com enfermeiros de dois hospitais gerais em uma cidade de província na Coreia do Sul.	Inglês

		Nurses' Ageism in South Korea?				
--	--	-----------------------------------	--	--	--	--

*AVC= Acidente Vascular Encefálico

**HIV=Human Immunodeficiency Virus

***UTI=Unidade de Terapia Intensiva

Figura 3- Caracterização da produção científica sobre ageísmo direcionado a pessoas idosas em serviços de saúde. Feira de Santana, Bahia, Brasil, 2021.

A dimensão temporal dos estudos encontrados foi compreendida majoritariamente entre os anos de 2000 a 2020, antes disso foi identificado um artigo publicado no ano de 1985 e outro no ano de 1996. Dentre os tipos de estudo, 59% foram do tipo quantitativos, 35% qualitativos e 4% estudos mistos. Os participantes pesquisados foram em sua maioria pessoas idosas que utilizam serviços de saúde (57%), seguido pelos profissionais de saúde (40%) e cuidadores de pessoas idosas (3%) e os contextos foram majoritariamente em hospitais públicos e privados de distintos países e uma minoria em contextos da atenção primária à saúde. As expressões do ageísmo estão apresentadas no Figura 4.

Expressões do ageísmo direcionado às pessoas idosas em serviços de saúde
<p>Menos pesquisa diagnóstica</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ História sexual não questionada na avaliação psiquiátrica de homens idosos⁽¹⁶⁾. ✓ Taxas de verificação histológica reduzidas⁽¹⁷⁾. ✓ Anamnese sucinta⁽¹⁸⁾. ✓ Investigações diagnósticas inadequadas⁽²¹⁾.
<p>Menos acesso a tratamentos</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Cirurgias curativas e quimioterapias em menor quantidade⁽¹⁷⁾. ✓ Menor probabilidade de receber estatina, b-bloqueador ou aspirina e outros tratamentos potencialmente benéficos^(20,29). ✓ Tratamento inadequado para disfunção sexual⁽²¹⁾. ✓ Menor propensão a receberem o tratamento para o câncer no tempo adequado. Atrasos injustificados⁽³¹⁾. ✓ Omissão de informações sobre o estado de doença e as opções de tratamentos^(46, 49).
<p>Menos intervenção cirúrgica</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Menor propensão a receberem tratamentos (cirurgia, radioterapia, quimioterapia) de qualquer tipo⁽¹⁹⁾. ✓ Menor probabilidade de acessarem recursos disponibilizados para a cirurgia de catarata⁽²⁴⁾.

<ul style="list-style-type: none"> ✓ Menor probabilidade de reconstrução mamária e menor incentivo para uso de imunoterapia⁽³⁶⁾. ✓ Realização de poucas cirurgias conservadoras, independentemente da gravidade clínica do câncer de mama⁽³⁹⁾. ✓ Pessoas entre 80 e 90 anos são menos propensas a serem operadas em comparação com pacientes entre 65 e 79 anos⁽⁵²⁾.
<p>Uso de linguagem inadequada</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Linguagem condescendente e infantilizante^(34,37). ✓ Pessoas idosas foram ignoradas e evitadas e a privacidade não foi garantida⁽³⁷⁾. ✓ Instruções em língua que os adultos mais velhos não puderam falar⁽⁴¹⁾. ✓ Enunciados muito curtos, que expressa características negativas⁽⁴³⁾.
<p>Baixo acesso à serviços e recursos de saúde</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Menos propensão a serem triadas para a sala de reanimação de um Departamento de Emergência⁽¹³⁾. ✓ Profissionais da saúde tem menos disposição para tratar pessoas idosas com ideação suicida⁽¹⁴⁾. ✓ O acesso a órgãos para transplante é limitado por conta da idade⁽²²⁾. ✓ Pessoas idosas em episódio de psicose não têm acesso a serviços, diretrizes e financiamentos relevantes⁽²⁸⁾. ✓ Baixa probabilidade de acesso a serviços de reabilitação^(34,40).
<p>Cuidados inadequados</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Pessoas idosas sentem que não acessam os mesmos cuidados, recursos e orientações que as mais jovens^(16,18,27,46). ✓ O risco de suicídio não é avaliado⁽¹⁸⁾. ✓ Desatenção às necessidades das pessoas idosas⁽²⁶⁾. ✓ Percepção de cuidados médicos incompletos, pouco abrangentes e de práticas discriminatórias durante interações entre médicos e pessoas idosas⁽³⁰⁾. ✓ Pessoas idosas sem possibilidade de cura pelo tratamento médico também são menos priorizadas nos cuidados básicos de enfermagem⁽³³⁾. ✓ Atendimento apressado durante consulta clínica⁽⁴¹⁾. ✓ Pessoas idosas recebem cuidados menos intensivos durante a Parada Cardiorrespiratória em comparação com o grupo mais jovem⁽⁴⁴⁾. ✓ Ausência de investimento no cuidado e falta de consideração das necessidades holísticas e dos desafios contextuais que as pessoas idosas enfrentam⁽⁵⁰⁾.
<p>Desatenção aos familiares</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Familiares de pessoas idosas recebem menos apoio psicológico, independente do prognóstico⁽³⁸⁾.
<p>Comportamentos anti-idade</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Atitudes negativas e anti-idade por parte de funcionários para com a velhice⁽²⁵⁾. ✓ Desvalorização social⁽³⁰⁾. ✓ Constrangimento em cuidar de homens idosos com Infecção Sexualmente Transmissível⁽⁴¹⁾. ✓ Pessoas idosas do gênero masculino, mais velhas e com menor escolaridade se sentiram discriminadas em razão da idade em clínicas e hospitalares⁽⁴⁵⁾. ✓ Profissionais de saúde judaicos demonstraram mais atitudes anti-idade do que os árabes, mesmo aqueles especializados na área⁽⁴⁷⁾. ✓ Enfermeiros mais velhos relataram uma alta frequência de comportamentos etários negativos na vida cotidiana⁽⁵¹⁾. ✓ Enfermeiros de hospitais gerais têm ansiedade e medo da velhice⁽⁵³⁾.

<p>Crenças e estereótipos</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Profissionais da saúde estão mais propensos a sentirem que a ideação suicida em pessoas idosas é normal e a não usarem estratégias terapêuticas⁽¹⁴⁾. ✓ Médicos rurais tem percepção negativa sobre pessoas maiores de 85 anos, independente das informações sobre estado de saúde e capacidade funcional e cognitiva⁽²³⁾. ✓ Percepção de pessoas idosas como fracas e doentes, com habilidades mentais diminuídas, intolerantes e inflexíveis, deficientes e de difícil adesão a tratamentos⁽³²⁾. ✓ Crenças de que pessoas idosas são menos ativas sexualmente e se desconfortam ao conversar sobre sexo⁽³⁵⁾. ✓ Afeto negativo para com pessoas idosas, menos interesse em tratá-las, percepção de que os tratamentos não são exitosos e tem piores prognósticos⁽⁴⁸⁾.
<p>Abordagem violenta</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Pessoas idosas foram tratados como objetos e houve transferência de responsabilidade do cuidado para a família⁽³⁷⁾. ✓ Profissionais de saúde gritaram, foram rudes, acusaram as pessoas idosas de desperdiçarem seu tempo e tomarem medicamentos que deveriam ser destinados para os mais jovens; criticaram por não ouvirem e entenderem as orientações, não seguirem os protocolos e consideraram as queixas ilegítimas; foram desrespeitados, desvalorizados, rotulados de não cooperativos e não inteligentes⁽⁴²⁾.

*AVC= Acidente Vascular Cerebral

Figura 4. Mapeamento das expressões de ageísmo direcionado a pessoas idosas. Feira de Santana, Bahia, Brasil, 2021

As medidas de enfrentamento ao ageísmo direcionado a pessoas idosas estão apresentadas na Figura 5.

<p>Medidas de enfrentamento ao ageísmo direcionado a pessoas idosas em serviços de saúde</p>
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Melhorar comunicação entre pessoas idosas e equipe médica⁽¹⁶⁾. ✓ Investir e realizar pesquisas científicas^(15,23,31,32,51). ✓ Treinar e atualizar conhecimentos científicos para profissionais da saúde^(14,30,35-36,38,41,45,47-48,53). ✓ Ouvir o cidadão e administradores hospitalares e suas perspectivas sobre as prioridades de saúde das pessoas idosas⁽²⁶⁾. ✓ Estimular trabalho de médicos e enfermeiros nas áreas geriatria e gerontologia⁽³²⁾. ✓ Educar os cuidadores familiares, pessoas idosas e profissionais de saúde para o combate ao preconceito etário e tomada de decisões baseadas em evidências científicas⁽⁴⁶⁾. ✓ Realizar campanhas para aumentar a conscientização sobre o processo de envelhecimento e velhice⁽⁵⁰⁻⁵¹⁾.

Figura 5- Mapeamento das medidas de enfrentamento ao ageísmo direcionado a pessoas idosas em serviços de saúde. Feira de Santana, Bahia, Brasil, 2021

Discussão

Este estudo mapeou a literatura científica acerca das expressões do ageísmo em serviços de saúde e evidenciou que as pessoas idosas, no uso desses serviços, são alvo de menos pesquisas diagnósticas, possuem acesso restrito a diversos tipos de tratamentos, intervenções cirúrgicas e cuidados inadequados de forma geral, por meio de linguagem inadequada por parte dos profissionais da saúde, comportamentos anti-idade e cuidados baseados em crenças e estereótipos, chegando até mesmo a uma abordagem violenta. Até mesmo familiares de pessoas idosas recebem menos apoio psicológico, conotando viés de idade. Os mecanismos de enfrentamento consistem majoritariamente em intervenções educativas e em fortalecimento dos canais de comunicação entre pessoas idosas, profissionais da saúde e gestores institucionais.

A atenção sobre o ageísmo tem como marco internacional a adoção de um Plano de Ação Internacional de Madrid sobre o envelhecimento datado de 2002, o que tem norteado ações civis públicas e no âmbito da saúde pública em várias partes do planeta. No entanto, somente em maio de 2016, os 194 estados membros da Organização Mundial da Saúde, em cooperação com outros parceiros, realizaram a Campanha Global de Combate ao Ageísmo com o objetivo de melhorar o dia-a-dia das pessoas idosas e otimizar a implementação de políticas públicas, conferir visibilidade ao fenômeno na busca pela modificação na forma como as pessoas pensam, sentem e agem quando se trata da idade e envelhecimento⁽⁵⁴⁾.

Soma-se a esse marco de destaque social, o compromisso dos países para lidar com o preconceito de idade, que foi reafirmado na Década das Nações Unidas do Envelhecimento Saudável (2021–2030), em 14 de dezembro de 2020, a partir de plano de ação para 10 anos: estratégia/plano de ações mundiais sobre o envelhecimento e a saúde (2016-2030); Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. Ambos foram

endossados em agosto de 2020 pela Assembleia Mundial da Saúde e, em dezembro de 2020, pela Assembleia Geral das Nações Unidas⁽⁵⁵⁾. Assim, a prevenção e enfrentamento ao ageísmo, que também pode ser chamado de idadismo, tornou-se uma das quatro áreas de ação prioritárias das Nações Unidas. Tal movimento tem se refletido sobre as produções científicas, sob as quais se observa um aumento no desenvolvimento de pesquisas a partir do ano de 2001.

O tema envelhecimento na contemporaneidade tem gerado preocupações intelectuais e políticas das sociedades capitalistas, não só por constituir um fenômeno demográfico, mas também por envolver aspectos econômicos, sociais, políticos, culturais e éticos de expressiva comoção, que determinam a qualidade do compromisso das sociedades com os direitos humanos. Nesse contexto, vislumbra-se dualidades vigentes: se por um lado, o envelhecimento humano/populacional representa um avanço da medicina/saúde pública - aliado a uma cultura de respeito às diferenças, assegurada por direitos e políticas públicas, por outro lado, o crescente aumento de pessoas idosas na sociedade é encarado como um fator impeditivo para o crescimento econômico - paradoxo com lógicas contrapostas, a do lucro versus as necessidades humanas⁽⁵⁶⁾.

Nesse sentido, a lógica neoliberal que desvaloriza os mais envelhecidos mantém a propagação de imagens e atitudes negativas sobre as pessoas idosas, um cenário que transpõe-se para o cotidiano da atuação dos profissionais de saúde nos serviços, mediante a construção de estereótipos (pensamentos), preconceitos (sentimentos) e discriminação (ação), que se expressam em níveis interpessoais e institucionais e perpassa pelo processo de trabalho dos profissionais da saúde^(7,57).

O ageísmo interpessoal compreende atitudes preconceituosas em relação às pessoas idosas na velhice e ao processo de envelhecimento, incluindo o ageísmo autodirigido⁽¹⁾ e foram evidenciados nos resultados deste estudo a partir das expressões

manifestadas no modo de agir dos profissionais de saúde durante a prestação da assistência, a partir de comportamentos anti-idade, pautados em crenças e estereótipos que afetam a qualidade do cuidado em saúde prestado a pessoas idosas, tais como: anamnese sucinta^(21,24); menos orientações acerca dos tratamentos ou orientações com linguagem não compreensível ou infantilizante⁽³⁴⁾; constrangimento ao prestar cuidados a pessoas idosas^(35,41); transferência de responsabilidade do cuidado para a família⁽³⁷⁾; despreocupação com a falta de privacidade, tratamento desigual, desumano, desrespeitoso e que desconsideram as especificidades e vulnerabilidades da velhice^(42,37); percepção negativa sobre o tratamento e sobre a pessoa idosa como um todo^(23,25,32,47-48,51).

As relações familiares são determinantes para o ageísmo interpessoal⁽⁵⁾, contexto onde se exerce a função de cultivar crenças, valores e princípios que constituem a cultura de um grupo, ao mesmo tempo que os mais jovens respondem às exigências da sociedade líquida. O adjetivo líquida reúne características da sociedade contemporânea individualista, pouco solidária, vínculos comunitários frágeis, competitiva, centrada na velocidade de execução das tarefas e consumo indiscriminado de produtos, cenário este amplamente divulgado em redes sociais e canais de comunicação⁽⁵⁸⁾.

Em resultado, experienciamos uma sociedade excludente, com conflitos intergeracionais frequentes, cuja estigmatização acontece nas interações familiares a partir de atitudes de descrédito, desprezo e do emprego de adjetivos depreciativos que são assimilados pelas pessoas idosas e conformam a autoimagem e uma identidade deteriorada. Por conseguinte, o afastamento ou abandono por parte da família são comuns, especialmente em situações de dificuldades físicas que requeiram maior atenção e cuidado de proteção⁽⁵⁹⁾.

Todas essas expressões de ageísmo, mapeadas pela presente revisão, revelam que as pessoas idosas são consideradas um fardo para a sociedade e responsabilizadas pelo

aumento do orçamento público disputado tanto pelo trabalho como pelo capital. Apesar de todas as expressões de ageísmo, recairão ainda sobre a população de pessoas idosas os mais altos índices de negligências públicas e privadas, além de discriminação social, pobreza e violência⁽⁶⁰⁾.

Em que pese que a realidade objetiva do envelhecimento populacional seja resultante de melhorias no acesso a recursos tecnológicos e de saúde, a realidade subjetiva dos estereótipos de idade se move em uma direção negativa, que promove desigualdades, adoecimento e exclusão e que pode ser explicada, em parte, pela multibilionária indústria antienvelhecimento que promove a estigmatização ao colocar supostos atributos do velho em uma categoria contra a qual é necessário travar batalhas e ser evitado a todo custo⁽⁶¹⁾, o que vai refletir na assistência recebida nos serviços de saúde, que é quando o profissional, ao ter visões negativas da velhice e do envelhecimento, se valem dessas percepções, até de forma inconsciente, para prestar o cuidado.

O ageísmo institucional embora tenha direta relação com o ageísmo interpessoal, se diferencia deste por envolver a inclusão de princípios etários em regras e procedimentos formais e em culturas institucionais mais amplas⁽⁷⁾ o que não requer, necessariamente, intenção ou consciência de viés contra pessoas idosas, já que, frequentemente, a existência de tal preconceito institucional não é reconhecido e as regras, normas e práticas da instituição são de longa data, tornando-se um fenômeno de coerção social. A consequência da coerção social é a aceitação natural, na qual dificilmente há espaço para criticar, inquietar e modificar, o que resulta em efeitos implícitos e explícitos deste fenômeno⁽⁶²⁾, como impactos à saúde física, mental, ao bem-estar social e à economia das pessoas idosas, famílias e sociedade⁽⁵⁷⁾. Em acréscimo, é possível que o ageísmo institucional favoreça a rotulação das pessoas de acordo a sua idade, despersonalizando-as, desconsiderando a subjetividade e as especificidades das

pessoas.

As expressões de ageísmo apresentadas nesta revisão denotam quão desvalorizados podem ser as pessoas idosas ao acessarem serviços de saúde e como a idade cronológica pode subvalorizar a assistência às mesmas, na medida em que se gera barreiras no acesso aos recursos da saúde tais como intervenções cirúrgicas^(17,24,36,39,52), serviços de reabilitação^(21,40), prescrição de medicamentos^(20,29) e tratamentos diversos^(13,15,19,38,46), desassistência, atrasos injustificados e menos esforço nas ações de cuidado a essa população e priorização do cuidado aos mais jovens. Outros estudos confirmam as consequências deletérias do ageísmo na saúde das pessoas idosas⁽³⁻⁵⁾.

As repercussões do preconceito etário refletem também sobre a natureza dos cuidados recebidos pelos familiares das pessoas idosas que tendem a receber menos apoio psicológico, independentemente do desfecho clínico⁽³⁸⁾, e pode impor novos e intensos desafios quando se trata de pessoas idosas com algum grau de dependência ou que necessitem de cuidados de longa duração. Isso porque a falta de rede de proteção e defesa de direitos leva as pessoas idosas a enfrentarem sérios problemas em sua vida cotidiana e os mais sobrecarregados são os familiares, em particular, das pessoas idosas dependentes de cuidados⁽⁵⁶⁾.

Nas instituições de saúde e de cuidados de longa duração o ageísmo é onipresente, socialmente aceito, em grande parte não detectado e fortemente institucionalizado; é extremamente prejudicial para a saúde e bem-estar, associado com pior desempenho físico e tarefas cognitivas, piora física e mental, saúde, recuperação mais lenta da deficiência e vidas mais curtas; e influencia valores sociais e molda o foco da pesquisa e política, incluindo a forma como problemas são conceituados, as soluções propostas e a forma como as instituições desenvolvem e implementam regras e procedimentos⁽⁵⁷⁾.

Diante disso, faz-se necessário que as estratégias de enfrentamento sejam

permanentes e contínuas e implementadas de cima para baixo (da sociedade para o indivíduo) e de baixo para cima (do indivíduo para a sociedade, considerando o protagonismo das pessoas idosas), com os objetivos conjuntos de reforçar as condições que promovem imagens positivas acerca da idade e atenuar as condições que promovem estereótipos de idade negativos⁽⁶¹⁾. Isso porque as evidências mostram que níveis mais altos de conhecimento sobre a velhice estão associados a menos atitudes anti-idade⁽⁴⁷⁾.

Durante os processos de formação, os futuros profissionais de saúde são treinados para tratar e alcançar resultados por meio da hospitalização, do tratamento das doenças de forma pontual e considerando a idade um marcador de saúde/doença isolado⁽⁴⁵⁾. Embora muitas necessidades das pessoas idosas possam ser sanadas por cuidados interdisciplinares no contexto da atenção primária à saúde, a tênue vinculação de ações aos determinantes sociais em saúde evidenciam dificuldades dos profissionais em deslocar-se do cuidado biomédico, puramente repetitivo, para o cuidado integral, interacionista, o que reitera a perspectiva hospitalar, especializada e circunscrita na doença, fortalece paradigmas históricos e hegemônicos no Brasil⁽⁶²⁾ de que a velhice é uma etapa da vida, cujo desenvolvimento do sujeito está concluído, e prevalecem perdas e frustrações diante do declínio físico, a despeito de ter experiência e sabedoria⁽⁶⁴⁾, reforça conotações negativas e reflete estereótipos pejorativos que atribuem doença como condição intrínseca a velhice⁽⁴⁵⁾.

Diante disso, faz-se necessário analisar a idade dentro do contexto de funcionamento físico, doenças associadas, expectativa de vida, capacidade cognitiva, independência funcional, estado nutricional, dentre outros indicadores importantes que subsidiem a recomendação dos tratamentos adequados⁽⁴⁹⁾. Abordagens mais reflexivas, com foco nas necessidades das pessoas idosas e na integração da variável idade nas análises do ciclo de vida do ser humano, na abordagem dos aspectos fisiológicos do

envelhecimento, nas avaliações geriátrico-gerontológicas ampliadas⁽⁴⁶⁾ são imprescindíveis para um cuidado centralizado na promoção da saúde e na prevenção de riscos e agravos, considerando a pessoa idosa e seu contexto social, familiar, econômico e cultural.

Ainda, é necessário o reconhecimento da presença do ageísmo nos ambientes de saúde⁽⁴⁵⁾ de forma que os profissionais da saúde tornem-se auto vigilantes quanto às práticas norteadas pelos estereótipos, preconceitos e discriminações de idade e que a gestão dos serviços de saúde estimulem e implementem intervenções educativas entre os profissionais de saúde com o objetivo de conscientizá-los e sensibilizá-los sobre o combate ao ageísmo nos serviços de saúde.

Outra frente de luta evidenciada nos resultados deste estudo é o financiamento de pesquisas e projetos relativos à temática da idade, a criação de campanhas educativas para a conscientização pública sobre idade, envelhecimento, velhice e ageísmo⁽⁵¹⁾ e a disseminação dos direitos e deveres das pessoas idosas para empoderar e estimular as estratégias emancipatórias nas comunidades, igrejas, grupos de convivência, conselhos locais de direitos das pessoas idosas, universidades abertas à terceira idade, associações de bairro e coletivos.

O ageísmo é um tema pouco conhecido pela população de forma geral e os resultados desta revisão contribuem, não somente para levantar a discussão a respeito do tema, mas avança no conhecimento científico e inova, ao evidenciarem como os estereótipos, preconceitos e discriminação de idade se expressam no cotidiano dos serviços de saúde, revelando quão desigual e injusta pode ser a atenção recebida por pessoas idosas nos contextos que deveriam cuidar delas.

As limitações deste estudo se constituem na identificação das expressões de ageísmo em serviços de saúde que estavam relatadas explicitamente pelos autores dos

artigos analisados; e a não obtenção de alguns textos completos pelos revisores, mesmo após solicitação aos autores dos estudos.

Conclusão

O ageísmo direcionado às pessoas idosas em serviços de saúde se manifestam a partir de expressões negativas de discriminação, preconceito e estereótipos de idade que cerceiam as pessoas idosas e suas famílias do acesso a recursos e serviços de saúde, minimizando as oportunidades de tratamento, reabilitação e cura e que perpassam o processo de trabalho em saúde. As estratégias de enfrentamento envolve intervenções educativas por meio da educação em saúde, campanhas de sensibilização, atualização dos conhecimentos científicos e ampliação dos canais de comunicação entre pessoas idosas, profissionais da saúde e gestores. A expressões do ageísmo no contexto dos serviços de saúde que compõem o Sistema Único da Saúde, se constitui em lacuna do conhecimento, bem como as expressões do ageísmo que ocorrem implicitamente.

Os estudos mapeados dizem respeito ao ageísmo explícito, em que há conhecimento de sua existência a partir dos estudos primários identificados, portanto, parece haver lacuna no conhecimento científico sobre as formas de estereótipos, preconceitos e discriminação que coexistem implicitamente dentro dos serviços de saúde. De modo semelhante, a ausência de estudos na realidade brasileira limita as inferências dos autores e impossibilita análises no contexto dos serviços de saúde que compõem o Sistema Único da Saúde.

A compreensão dessas expressões poderá gerar implicações para uma prática profissional que reconheça a presença do ageísmo interpessoal ou institucional, tornando-o vigilante para o (des)cuidado guiado pelo viés de idade e sensível para a implementação de estratégias de enfrentamento. Para o meio acadêmico, os achados deste estudo poderão

nortear pesquisas que analisem o ageísmo na realidade brasileira, mediante a escuta das pessoas idosas, familiares, profissionais da saúde e gestores em diversos serviços de saúde públicos e privados, bem como fundamentar ações extensionistas para o enfrentamento e prevenção do ageísmo nos contextos de saúde.

Referências

1. Butler RN. Age-ism: Another form of bigotry. *The Gerontologist*. 1969;9:243-6. https://doi.org/10.1093/geront/9.4_Part_1.243
2. Ayalon L, Tesch-Romer C. Introduction to the section: Ageism, Concept and Origins. In: Ayalon L, Tesch--Romer C, editors. *Contemporary Perspectives on Ageism* [Internet]. Sheying Chen Pace University: New York, USA; 2018 [cited 2023 Feb 20]. pág.1-10. Available from: <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-319-73820-8>
3. 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;17:2560. <https://doi.org/10.3390/ijerph17072560>
4. Chang ES, Kanno S, Levy S, Wang SY, Lee JE, Levy BR. Global reach of ageism on older persons' health: A systematic review. *PLoS One*. 2020 Jan 15;15(1):e0220857. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220857>
5. Araujo PO de, Freitas RA de, Duarte ED, Cares LJ, Rodríguez KA, Guerra V, et al. 'The other' of the COVID-19 pandemic: ageism toward the elderly people in newspapers in Brazil and Chile. *Saúde Debate*. 2022 Jul-Set;46(134):613-29. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213402>
6. Wyman MF, Shiovitz-Ezra S, Bengel J. Ageism in the Health Care System: Providers, Patients, and Systems. In: Ayalon L, Tesch--Romer C, editors. *Contemporary Perspectives on Ageism* [Internet]. Sheying Chen Pace University: New York, USA; 2018

- [cited 2023 Feb 20]. pág.193-212. Available from: <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-319-73820-8>
7. Lloyd-Sherlock PG, Ebrahim S, McKee M, Prince MJ. Institutional ageism in global health policy. *BMJ*. 2016 Aug 31;354:i4514. <https://doi.org/10.1136/bmj.i4514>
 8. Burnes D, Sheppard C, Henderson CR Jr, Wassel M, Cope R, Barber C, et al. Interventions to Reduce Ageism Against Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Am J Public Health*. 2019 Aug;109(8):e1-9. <https://doi.org/10.2105/ajph.2019.305123>
 9. Peters MDJ, Godfrey C, McInerney P, Munn Z, Tricco AC, Khalil, H. Chapter 11: Scoping Reviews (2020 version). In: Aromataris E, Munn Z, Editors. *JBIManual for Evidence Synthesis* [Internet]. 2020 [cited 2023 Feb 20]. Available from: <https://jbi-global-wiki.refined.site/space/MANUAL>
 10. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. *Ann Intern Med*. 2018;169(7):467-73. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>
 11. Araujo PO, Carvalho ESS. Ageism against elderly people in health services: scoping review protocol. *Online Braz J Nurs*. 2023;22(Suppl 1): e20236602. <https://doi.org/10.17665/1676-4285.20236602>
 12. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. Updating guidance for reporting systematic reviews: development of the PRISMA 2020 statement. *J Clin Epidemiol*. 2021 Jun;134:103-12. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2021.02.003>
 13. Grant PT, Henry JM, McNaughton GW. The management of elderly blunt trauma victims in Scotland: evidence of ageism? *Injury*. 2000 Sep;31(7):519-28. [https://doi.org/10.1016/s0020-1383\(00\)00038-3](https://doi.org/10.1016/s0020-1383(00)00038-3)

14. Uncapher H, Areán PA. Physicians are less willing to treat suicidal ideation in older patients. *J Am Geriatr Soc.* 2000 Feb;48(2):188-92. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2000.tb03910.x>
15. Bouman WP, Arcelus J. Are psychiatrists guilty of "ageism" when it comes to taking a sexual history? *Int J Geriatr Psychiatry.* 2001 Jan;16(1):27-31. [https://doi.org/10.1002/1099-1166\(200101\)16:1<27::AID-GPS267>3.0.CO;2-S](https://doi.org/10.1002/1099-1166(200101)16:1<27::AID-GPS267>3.0.CO;2-S)
16. Kennelly C, Bowling A. Suffering in deference: a focus group study of older cardiac patients' preferences for treatment and perceptions of risk. *Qual Health Care.* 2001 Sep;10(Suppl 1):i23-8. <https://doi.org/10.1136/qhc.0100023>
17. Austin D, Russell EM. Is There Ageism in Oncology? *Scottish Medical Journal.* 2003;48(1):17–20. <https://doi.org/10.1177/003693300304800105>
18. Fischer LR, Wei F, Solberg LI, Rush WA, Heinrich RL. Treatment of elderly and other adult patients for depression in primary care. *J Am Geriatr Soc.* 2003 Nov;51(11):1554-62. <https://doi.org/10.1046/j.1532-5415.2003.51506.x>
19. Peake MD, Thompson S, Lowe D, Pearson MG. Ageism in the management of lung cancer. *Age Ageing.* 2003 Mar;32(2):171-7. <https://doi.org/10.1093/ageing/32.2.171>
20. Williams D, Bennett K, Feely J. Evidence for an age and gender bias in the secondary prevention of ischaemic heart disease in primary care. *Br J Clin Pharmacol.* 2003 Jun;55(6):604-8. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2125.2003.01795.x>
21. Bhalla A, Grieve R, Tilling K, Rudd AG, Wolfe CD. Older stroke patients in Europe: stroke care and determinants of outcome. *Age and Ageing.* 2004 Nov;33(6):618-24. <https://doi.org/10.1093/ageing/afh219>
22. Van Delden JJ, Vrakking AM, Van Der Heide A, Van Der Maas PJ. Medical decision making in scarcity situations. *J Med Ethics.* 2004 Apr;30(2):207-11. <http://dx.doi.org/10.1136/jme.2003.003681>

23. Gunderson A, Tomkowiak J, Menachemi N, Brooks R. Rural physicians' attitudes toward the elderly: evidence of ageism? *Qual Manag Health Care*. 2005 Jul-Sep;14(3):167-76. <https://doi.org/10.1097/00019514-200507000-00006>
24. Finger RP, Ali M, Earnest J, Nirmalan PK. Cataract surgery in Andhra Pradesh state, India: an investigation into uptake following outreach screening camps. *Ophthalmic Epidemiol*. 2007 Nov-Dec;14(6):327-32. <https://doi.org/10.1080/01658100701486814>
25. Manthorpe J, Clough R, Cornes M, Bright L, Moriarty J, Iliffe S. Four years on: The impact of the National Service Framework for Older People on the experiences, expectations and views of older people. *Age and Ageing*. 2007 Set;36(5):501-7. <https://doi.org/10.1093/ageing/afm078>
26. Pedersen R, Nortvedt P, Nordhaug M, Slettebø A, Grøthe KH, Kirkevold M, et al. In quest of justice? Clinical prioritisation in healthcare for the aged. *J Med Ethics*. 2008 Apr;34(4):230-5. <http://dx.doi.org/10.1136/jme.2006.018531>
27. Hudelson P, Kolly V, Perneger T. Patients' perceptions of discrimination during hospitalization. *Health Expect*. 2010 Mar;13(1):24-32. <https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2009.00577.x>
28. Mitford E, Reay R, McCabe K, Paxton R, Turkington D. Ageism in first episode psychosis. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2010 Nov;25(11):1112-8. <https://doi.org/10.1002/gps.2437>
29. Protière C, Viens P, Rousseau F, Moatti JP. Prescribers' attitudes toward elderly breast cancer patients. Discrimination or empathy? *Crit Rev Oncol Hematol*. 2010;75(2):138-50. <https://doi.org/10.1016/j.critrevonc.2009.09.007>
30. Clarke LH, Bennett EV, Korotchenko A. Negotiating vulnerabilities: how older adults with multiple chronic conditions interact with physicians. *Can J Aging*. 2014 Mar;33(1):26-37. <https://doi.org/10.1017/s0714980813000597>

31. Forrest LF, Adams J, White M, Rubin G. Factors associated with timeliness of post-primary care referral, diagnosis and treatment for lung cancer: population-based, data-linkage study. *Br J Cancer*. 2014;111:1843–51. <https://doi.org/10.1038/bjc.2014.472>
32. Polat U, Karadağ A, Ulger Z, Demir N. Nurses' and physicians' perceptions of older people and attitudes towards older people: Ageism in a hospital in Turkey. *Contemp Nurse*. 2014; 48(1):88-97. <https://doi.org/10.5172/conu.2014.48.1.88>
33. Skirbekk H, Nortvedt P. Inadequate treatment for elderly patients: professional norms and tight budgets could cause "ageism" in hospitals. *Health Care Anal*. 2014 Jun;22(2):192-201. <https://doi.org/10.1007/s10728-012-0207-2>
35. Davis T, Teaster PB, Thornton A, Watkins JF, Alexander L, Zanjani F. Primary Care Providers' HIV Prevention Practices Among Older Adults. *J Appl Gerontol*. 2016 Dec;35(12):1325-42. <https://doi.org/10.1177/0733464815574093>
36. Schroyen S, Missotten P, Jerusalem G, Gilles C, Adam S. Ageism and caring attitudes among nurses in oncology. *Int Psychogeriatr*. 2016 May;28(5):749-57. <https://doi.org/10.1017/s1041610215001970>
37. Taverner T, Baumbusch J, Taipale P. Normalization of Neglect: A Grounded Theory of RNs' Experiences as Family Caregivers of Hospitalized Seniors. *Can J Aging*. 2016 Jun;35(2):215-28. <https://doi.org/10.1017/s0714980816000179>
38. Demetriadou E, Kokkinou M, Metaxas G, Kyriakides E, Kyprianou T. Psychological support for families of ICU patients: longitudinal documentation of the service. *Psychol Health Med*. 2017 Jul;22(6):736-43. <https://doi.org/10.1080/13548506.2016.1231922>
39. Di Rosa M, Chiatti C, Rimland JM, Capasso M, Scandali VM, Prospero E, et al. Ageism and surgical treatment of breast cancer in Italian hospitals. *Aging Clin Exp Res*. 2018 Feb;30(2):139-44. <https://doi.org/10.1007/s40520-017-0757-0>
40. Forti P, Maioli F, Magni E, Ragazzoni L, Piperno R, Zoli M, et al. Risk of Exclusion

From Stroke Rehabilitation in the Oldest Old. *Arch Phys Med Rehabil.* 2018 Mar;99(3):477-83. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2017.08.469>

41. Kiplagat J, Huschke S. HIV testing and counselling experiences: a qualitative study of older adults living with HIV in western Kenya. *BMC Geriatr.* 2018 Oct 25;18(1):257. <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0941-x>

42. Schatz E, Seeley J, Negin J, Mugisha J. They 'don't cure old age': Older Ugandans' delays to health-care access. *Ageing and Society.* 2018;38(11):2197-217. <http://dx.doi.org/10.1017/S0144686X17000502>

43. Schroyen S, Adam S, Marquet M, Jerusalem G, Thiel S, Giraudet AL, et al. Communication of healthcare professionals: Is there ageism? *Eur J Cancer Care.* 2018 Jan;27(1). <https://doi.org/10.1111/ecc.12780>

44. Wiel E, Di Pompéo C, Segal N, Luc G, Marc JB, Vanderstraeten C, et al. Age discrimination in out-of-hospital cardiac arrest care: a case-control study. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2018 Aug;17(6):505-12. <https://doi.org/10.1177/1474515117746329>

45. Dobrowolska B, Jędrzejkiewicz B, Pilewska-Kozak A, Zarzycka D, Ślusarska B, Deluga A, et al. Age discrimination in healthcare institutions perceived by seniors and students. *Nurs Ethics.* 2019 Mar;26(2):443-59. <https://doi.org/10.1177/0969733017718392>

46. Shin DW, Park K, Jeong A, Yang HK, Kim SY, Cho M, et al. Experience with age discrimination and attitudes toward ageism in older patients with cancer and their caregivers: A nationwide Korean survey. *J Geriatr Oncol.* 2019 May;10(3):459-64. <https://doi.org/10.1016/j.jgo.2018.09.006>

47. Heyman N, Osman I, Ben Natan M. Ageist attitudes among healthcare professionals and older patients in a geriatric rehabilitation facility and their association with patients' satisfaction with care. *Int J Older People Nurs.* 2020 Jun;15(2):e12307.

<https://doi.org/10.1111/opn.12307>

48. Kessler EM, Blachetta C. Age cues in patients' descriptions influence treatment attitudes. *Aging & Mental Health*. 2020;24(1):193-6.

<https://doi.org/10.1080/13607863.2018.1515889>

49. Lee J, Yu H, Cho HH, Kim M, Yang S. Ageism between Medical and Preliminary Medical Persons in Korea. *Ann Geriatr Med Res*. 2020 Mar;24(1):41-9.

<https://doi.org/10.4235/agmr.19.0043>

50. Motsohi T, Namane M, Anele AC, Abbas M, Kalula SZ. Older persons' experience with health care at two primary level clinics in Cape Town, South Africa: a qualitative assessment. *BJGP Open*. 2020 Aug 25;4(3):bjgpopen20X101048.

<https://doi.org/10.3399/bjgpopen20X101048>

51. Rababa M, Hammouri AM, Hweidi IM, Ellis JL. Association of nurses' level of knowledge and attitudes to ageism toward older adults: Cross-sectional study. *Nurs Health Sci*. 2020 Sep;22(3):593-601. <https://doi.org/10.1111/nhs.12701>

52. Tomioka S, Rosenberg M, Fushimi K, Matsuda S. An analysis of equity in treatment of hip fractures for older patients with dementia in acute care hospitals: observational study using nationwide hospital claims data in Japan. *BMC Health Serv Res*. 2020 Sep 4;20(1):830. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05690-9>

53. Hwang EH, Kim KH. Quality of Gerontological Nursing and Ageism: What Factors Influence on Nurses' Ageism in South Korea? *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Apr 13;18(8):4091. <https://doi.org/10.3390/ijerph18084091>

54. World Health Organization. The Global Campaign to Combat Ageism calls on us to act together. *Nature Aging*. 2021;1(2):146. <https://doi.org/10.1038/s43587-021-00036-4>

55. Organização Mundial da Saúde. Resolution WHA 69.3. Estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud 2016-2020: hacia un mundo en el que todas

- las personas puedan vivir una vida prolongada y sana. In: 69.^a Asamblea Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra, 2016 [cited 2023 Feb 20]. Resolutions and decisions, annexes. Ginebra: Organización Mundial da Saúde; 2016. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/253189>
56. Mendonça JMB, Abigail APC, Pereira PAP, Yuste A, Ribeiro JHS. the meaning of aging for the dependent elderly. *Cien Saude Colet.* 2021;26(01):57-65. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.32382020>
57. Organização Pan-Americana da Saúde. Relatório mundial sobre o idadismo [Internet] Washington D.C. 2022 [cited 2023 Feb 20]. Available from: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55872>
58. Bauman Z. *Modernidad líquida*. Argentina: Fondo de Cultura Económica. 2015.
59. Carvalho ESS, Carneiro JM, Gomes AS, Freitas KS, Jenerette CM. Why does your pain never get better? Stigma and coping mechanism in people with sickle cell disease. *Rev Bras Enferm.* 2021 Jun 18;74(3):e20200831. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0831>
60. Moraes CL, Marques ES, Ribeiro AP, Souza ER. Contributions to address violence against older adults during the COVID-19 pandemic in Brazil. *Cien Saude Colet.* 2020 Oct;25(suppl 2):4177-84. <https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.2.27662020>
61. Levy BR. Age-Stereotype Paradox: Opportunity for Social Change. *The Gerontologist.* 2017;57(suppl_2):S118–26. <https://doi.org/10.1093/geront/gnx059>
62. Durkheim E. *As regras do método sociológico*. São Paulo: Edipro, 2012.
63. Ceccon RF, Soares KG, Vieira LJES, Garcia Júnior CAS, Matos CCSA, Pascoal MDHA. Primary Health Care in caring for dependent older adults and their caregivers. *Cien Saude Colet.* 2021 Jan;26(1):99-108. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.30382020>

64. Freitas MC, Ferreira MA. Old age and elderly people: social representations of adolescent students. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2013 Jun;21(3):750-7. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692013000300014>

6.3 O desenvolvimento do conceito: fase teórica

O desenvolvimento do conceito, objetivo geral deste estudo, nos permitiu identificar as características que refletem as peculiaridades do ageísmo direcionado pessoas idosas em serviços de saúde, bem como os elementos essenciais da expressão do ageísmo nos serviços de saúde.

A seguir, será apresentado um quadro com a caracterização dos artigos que compuseram o *corpus* de análise.

Quadro 3 – Caracterização do *corpus* de análise do desenvolvimento do conceito

Nº	Autores	Título	Objetivos
A1	GRANT, P. T.; HENRY, J. M.; MCNAUGHTO, N. G. W.	The management of elderly blunt trauma victims in Scotland: evidence of ageism?	Determinar a mortalidade intra-hospitalar de pacientes idosos traumatizados; analisar as principais características de seu manejo; verificar se esses pacientes traumatizados foram tratados de forma menos agressiva do que seus pares mais jovens.
A2	UNCAPHER, H.; AREAN, P. A.	Physicians are less willing to treat suicidal ideation in older patients	Determinar se existe um viés de idade entre os médicos da atenção primária quando contemplam o tratamento de pacientes suicidas.
A3	BOUMAN, W. P.; ARCELUS, J.	Are psychiatrists guilty of “ageism” when it comes to taking a sexual history?	Determinar a prática atual percebida de psiquiatras consultores em relação à história sexual e ao manejo da disfunção sexual de seus pacientes.
A4	KENNELLY, C.; BOWLING, A.	Suffering in deference: a focus group study of older cardiac patients' preferences for treatment and perceptions of risk	Explorar as experiências de cuidados de saúde dos idosos em relação à sua condição médica (doença isquêmica do coração), sua compreensão dos riscos à saúde, preferências de tratamento e o impacto dos tratamentos em sua qualidade de vida.
A5	AUSTIN, D.; RUSSELL, E. M.	Is There Ageism in Oncology?	Determinar se as diferenças relacionadas à idade no manejo hospitalar de pacientes com câncer foram clinicamente justificáveis ou não.
A6	FISCHER, L. R. et al.	Treatment of elderly and other adult patients for depression in primary care	Determinar se a depressão é tratada de forma diferente em pacientes mais velhos e mais jovens em clínicas de atenção primária.
A7	PEAKE, M. D. et al.	Ageism in the management of lung cancer	Estudar o impacto de tal idade na sobrevida de pacientes com câncer de pulmão.
A8	WILLIAMS, D.; BENNETT, K.; FEELY, J.	Evidence for an age and gender bias in the secondary prevention of ischaemic heart disease in primary care	Determinar se existe um viés de gênero ou idade na prescrição de importantes terapias preventivas secundárias para cardiopatia isquêmica na atenção primária.
A9	BHALLA, A. et al.	Older stroke patients in Europe: stroke care and determinants of outcome	Estimar a estrutura e o processo de atendimento; identificar fatores independentes associados à mortalidade em 3 meses e ao resultado funcional em pacientes com idade superior a 75 anos.

A10	VAN DELDEN, J. J. et al.	Medical decision making in scarcity situations	Explorar os pontos de vista dos médicos sobre vários tópicos que surgiram no debate sobre a alocação de recursos escassos com foco particular no papel da idade e compará-los com os pontos de vista dos formuladores de políticas.
A11	GUNDERSON, A. et al.	Rural physicians' attitudes toward the elderly: evidence of ageism?	Examinar as percepções e atitudes de médicos rurais da Flórida que rotineiramente prestam cuidados a idosos.
A12	FINGER, R. P. et al.	Cataract surgery in Andhra Pradesh state, India: an investigation into uptake following outreach screening camps	Analisar os processos de tomada de decisão que levam à aceitação de serviços de cirurgia de catarata, na Índia.
A13	MANTHORPE, J. et al.	Four years on: the impact of the National Service Framework for Older People on the experiences, expectations and views of older people	Avaliar o impacto do Quadro Nacional de Serviços para Idosos (NSFOP) nas experiências e expectativas dos idosos.
A14	PEDERSEN, R. et al.	In quest of justice? Clinical prioritisation in healthcare for the aged	Explorar que tipo de critérios, valores e outras considerações relevantes são importantes nas prioridades clínicas em serviços de saúde para pacientes idosos.
A15	HUDELSON, P.; KOLLY, V.; PERNEGER, T.	Patients' perceptions of discrimination during hospitalization	Identificar as fontes de discriminação percebida durante a hospitalização e examinar a sua relação com as características do paciente e da internação, e também com as classificações dos cuidados do paciente.
A16	MITFORD, E. et al.	Ageism in first episode psychosis	Comparar a incidência, grupos de diagnóstico e hospitalização de duas faixas etárias diferentes com psicose em primeiro episódio.
A17	PROTIÈRE, C. et al.	Prescribers' attitudes toward elderly breast cancer patients. Discrimination or empathy	Identificar quaisquer características relevantes dos médicos, como suas características sociodemográficas, experiência, conhecimento de testes geriátricos, “efeitos do estilo de prática” e a crença na eficácia dos diversos tratamentos adjuvantes disponíveis.
A18	CLARKE, L. H.; BENNETT, E. V.; KOROTCHENK, O. A.	Negotiating vulnerabilities: how older adults with multiple chronic conditions interact with physicians	Compreender como pessoas idosas percebem e vivenciam o cuidado prestado por seus médicos da atenção primária.
A19	FORREST, L. et al.	Factors associated with timeliness of post-primary care referral, diagnosis and treatment for lung cancer: population-based, data-linkage study	Investigar os fatores – posição socioeconômica (SEP), idade, sexo, histologia, comorbidade, ano de diagnóstico, estágio e performance status (PS) – que podem influenciar a probabilidade de encaminhamento para cuidados pós-primários, diagnóstico e tratamento dentro do tempo-alvo.
A20	POLAT, U. et al.	Nurses' and physicians' perceptions of older people and attitudes towards older people:	Determinar as percepções de velhice e a prevalência de envelhecimento de idosos entre enfermeiros e médicos.

Fonte: Elaboração própria.

		Ageism in a hospital in Turkey	
A21	SKIRBEKK, H.; NORTVEDT, P.	Inadequate treatment for elderly patients: professional norms and tight budgets could cause “ageism” in hospitals	Analisar as considerações éticas de cuidado entre profissionais de saúde ao tratar e estabelecer prioridades para pacientes idosos na Noruega.
A22	BEN-HARUSH, A. et al.	Ageism among physicians, nurses, and social workers: findings from a qualitative stud	Investigar o preconceito de idade entre profissionais de saúde em vários ambientes terapêuticos em Israel.
A23	DAVIS, T. et al.	Primary Care Providers' HIV Prevention Practices Among Older Adults	Compreender as práticas de prevenção ao HIV dos prestadores e cuidados primários entre os idosos; entender os fatores que afetam o fornecimento de materiais educativos sobre HIV pelos provedores para adultos mais velhos e as práticas de triagem de HIV.
A24	SCHROYEN, S. et al.	Ageism and caring attitudes among nurses in oncology	Replicar os resultados de estudos anteriores que relataram suporte diferenciado de tratamento médico dependendo da idade do paciente em uma população diferente de profissionais de saúde (enfermeiros em vez de médicos); determinar se o suporte para imunoterapia cara, quimioterapia adjuvante ou reconstrução mamária está relacionado ao preconceito de idade entre os enfermeiros.
A25	TAVERNER, T.; BAUMBUSCH, J.; TAIPALE, P.	Normalization of Neglect: A Grounded Theory of RNs' Experiences as Family Caregivers of Hospitalized Seniors	Desenvolver uma teoria sobre a atuação do cuidado de enfermagem, conforme descrito pelos cuidadores da pessoa idosa em setor de cuidados intensivos.
A26	DEMETRIADOU, E. et al.	Psychological support for families of ICU patients: longitudinal documentation of the servisse	Avaliar e descrever a necessidade de apoio psicológico aos familiares de pacientes internados em UTI, para os anos de 2011 a 2014; identificar a percepção dos profissionais de saúde quanto à necessidade de apoio psicológico.
A27	DI ROSA, M. et al.	Ageism and surgical treatment of breast cancer in Italian hospitals	Avaliar se a idade do paciente é um fator que influencia o tipo de tratamento cirúrgico do câncer de mama na Itália; avaliar a existência e as características de eventuais diferenças regionais no tipo de tratamento cirúrgico do câncer de mama.
A28	FORTI, P. et al.	Risk of Exclusion From Stroke Rehabilitation in the Oldest Old	Investigar se a idade mais velha ≥ 85 (ano) é um preditor independente de exclusão da reabilitação do AVC.
A29	KIPLAGAT, J.; HUSCHKE, S.	HIV testing and counselling experiences: a qualitative study of older adults living with HIV in western Kenya	Descreve experiências de testagem de HIV de idosos vivendo com HIV e como sua idade moldou sua interação e tratamento recebido durante o teste e diagnóstico de HIV.
A30	SCHATZ, E. et al.	They ‘don't cure old age’: Older Ugandans’ delays to health-care access	Examinar os fatores que fazem com que os ugandenses mais velhos atrasem o acesso aos cuidados de saúde.
A31	SCHROYEN, S. et al.	Communication of healthcare professionals: Is there ageism?	Observar se características da fala do idoso (positivas ou negativas) são mais frequentes em

			profissionais que têm uma visão negativa do envelhecimento.
A32	WIEL, E. et al.	Age discrimination in out-of-hospital cardiac arrest care: a case-control study	Comparar os cuidados e os resultados do parada cardíaca extra-hospitalar entre pacientes jovens.
A33	DOBROWOLSK A, B. et al.	Age discrimination in healthcare institutions perceived by seniors and students	Explorar a discriminação com base na idade em instituições de saúde percebida por idosos e estudantes de Medicina e Enfermagem.
A34	SHIN, D. W. et al.	Experience with age discrimination and attitudes toward ageism in older patients with cancer and their caregivers: A nationwide Korean survey	Compreender a visão dos próprios pacientes idosos em relação ao seu cuidado no que diz respeito à sua relação com a idade; determinar: 1) se os idosos e seus cuidadores acham que pacientes idosos devem ter o mesmo nível de tratamento e participação em TDM que pacientes mais jovens com câncer; 2) se os pacientes idosos sofreram alguma discriminação com base na idade durante o tratamento do câncer.
A35	HEYMAN, N.; OSMAN, I.; BEN NATAN, M.	Ageist attitudes among healthcare professionals and older patients in a geriatric rehabilitation facility and their association with patients' satisfaction with care	Explorar a prevalência de atitudes etárias em idosos internados em uma reabilitação geriátrica, bem como a associação entre satisfação com o atendimento e atitudes etárias; estimar se existe associação entre a satisfação dos pacientes com o atendimento e atitudes etárias entre os profissionais de saúde que trabalham na unidade de reabilitação; explorar a prevalência de atitudes etárias entre os profissionais de saúde.
A36	KESSLER, E. M.; BLACHETT, C.	Age cues in patients' descriptions influence treatment attitudes	Investigar como as pistas de idade no contexto psicoterapêutico influenciam as atitudes de tratamento dos profissionais de saúde.
A37	LEE, J. et al.	Ageism between Medical and Preliminary Medical Persons in Korea	Analisar as tendências do preconceito de idade entre profissionais de saúde e estudantes de medicina na República da Coreia.
A38	MOTSOHI, T. et al.	Older persons' experience with health care at two primary level clinics in Cape Town, South Africa: a qualitative assessment	Avaliar como os idosos vivenciam a prestação de cuidados de saúde em duas clínicas de atenção primária e identificar lacunas percebidas nos cuidados de saúde aos idosos.
A39	RABABA, M. et al.	Association of Nurses' Level of Knowledge and Attitudes to Ageism Toward Older Adults: Cross-sectional Study	Examinar como as características sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros na Jordânia se correlacionam com seus níveis de conhecimento, atitudes e idade em relação aos idosos.
A40	TOMIOKA, S.; ROSENBERG, M.; FUSHIMI, K.	An analysis of equity in treatment of hip fractures for older patients with dementia in acute care hospitals: observational study using nationwide hospital claims data in Japan	Avaliar se o estado de demência está associado a um tratamento mais pobre, examinando a associação do estado de demência de um paciente com a probabilidade de receber cirurgia e o tempo de espera até a cirurgia de fratura de quadril em hospitais de cuidados agudos no Japão.
A41	HWANG, E. H.; KIM, K. H.	Quality of Gerontological Nursing and Ageism: What Factors Influence on	Identificar os fatores que influenciam as atitudes ageístas dos enfermeiros.

		Nurses' Ageism in South Korea?	
--	--	--------------------------------	--

6.3.1 Antecedentes, atributos e consequentes teóricos

A análise dos componentes teóricos do desenvolvimento do conceito será discutida a seguir e organizada em categorias de antecedentes, atributos e consequentes. Ao final deste capítulo, será apresentada uma síntese dos componentes do conceito.

CATEGORIA 1: Os antecedentes teóricos do desenvolvimento do conceito “ageísmo direcionado a pessoas idosas em serviços de saúde”

A determinação dos eventos antecedentes do conceito foi norteada a partir da seguinte questão: “Quais são as situações que contribuem para evidenciar, causar ou gerar ageísmo direcionado a pessoas idosas em serviços de saúde?”

Os artigos identificados na revisão de escopo foram lidos minuciosamente e os resultados foram identificados, discutidos e lapidados. No quadro abaixo, apresentamos os componentes teóricos que antecedem o conceito.

Quadro 4 – Síntese dos componentes teóricos dos antecedentes do ageísmo direcionado a pessoas idosas em serviços de saúde

ANTECEDENTES ARTIGOS
Cultura: A3, A17, A27, A35, A39
Conhecimento científico insuficiente: A14, A17, A20, A24, A28, A29, A35
Escassez de evidências científicas: A22, A36, A51
Inexperiência no convívio com pessoas idosas: A13, A20
Sobrecarga de trabalho: A21, A22

Fonte: Elaboração própria.

Os antecedentes do conceito são constituídos de elementos gerais da sociedade, da organização da atenção à saúde, e estão entranhados no *modus operandi* de se produzir saúde no Brasil e no mundo.

Os artigos analisados mostraram que o elemento **cultura** pode influenciar as atitudes direcionadas às pessoas idosas. Estudo de Heyman, Osman e Ben Natan (2020)

revelou que as pessoas nascidas na antiga União Soviética, por exemplo, apresentaram mais atitudes ageístas do que aquelas oriundas de Israel, o que pode refletir a influência de uma cultura em relação a outras.

Pesquisa realizada em países desenvolvidos sobre atitudes em relação ao processo de envelhecimento demonstrou que há um considerável preconceito de idade, juntamente com a crença de que a maioria das pessoas idosas não têm segurança econômica, são solitárias, vivenciam muitos problemas de saúde e têm habilidades mentais limitadas (POLAT et al., 2014).

Os franceses, por exemplo, percebem que as relações familiares são frágeis e que a velhice pode ser vivida em instituições especializadas denominadas *meurent*, ou “lugar para morrer”. Para eles, o cuidar dos pais é percebido como um fardo e acreditam que os filhos devem ter a oportunidade de trabalhar e não se incomodar com os mais velhos, já improdutivos. Os paraguaios, por sua vez, mantêm relação muito estreita com os filhos e o contexto familiar é tido como primordial para o bem-estar na velhice. Respeito e consideração aos mais velhos deve ser atitude de todos os membros da família. Já para os chineses, há uma obrigação tácita do cuidado filial, semelhante aos libaneses, em que o filho mais velho tem obrigações para com os pais e, na falta destes, os irmãos mais novos (FALLER; TESTON; MARCON, 2018). Essas relações vão determinar os valores cultivados na cultura social e familiar entre pessoas idosas e seu contexto cultural.

As normas de um país podem influenciar a percepção social a respeito das pessoas idosas. Estudo de notícias de jornais do Chile apontaram decretos de autoridades públicas proibindo as pessoas maiores de 75 anos de saírem de casa, exceto com autorização para estritas situações, uma medida que pode ter afetado não apenas a dignidade das pessoas idosas, pela restrição de sua autonomia, mas também as exposto ao abandono, preconceito, discriminação e invisibilidade de suas necessidades (ARAÚJO et al., 2022).

Na dinâmica social – contexto complexo de relacionamentos e interações culturais – é que as pessoas constroem e fortalecem sua identidade étnica e cultural, gerada pela produção histórico-social do grupo ao qual pertencem (FALLER; TESTON; MARCON, 2018). Por isso, a cultura de desvalorização da pessoa idosa se constitui elemento que antecede o ageísmo.

O **conhecimento científico insuficiente** dos profissionais de saúde também foi identificado como antecedente do ageísmo direcionado a pessoas idosas em serviços de saúde. Rababa e colaboradores (2020) discorrem que, mesmo em países com alta

observância religiosa e laços familiares estreitos, existe preconceito de idade entre os(as) enfermeiros(as) devido à escassez de treinamento, além de conhecimento e experiência insuficientes.

A descoberta de que o conhecimento e as atitudes dos(as) enfermeiros(as) em relação às pessoas idosas foram significativamente associados ao ageísmo é consistente com estudos anteriores (BURHENN et al., 2016; CRONIN; BROOKE, 2019). Burhenn e outros (2016) constataram que a falta de conhecimento sobre o envelhecimento estava associada ao ageísmo negativo dos(as) enfermeiros(as).

Estudos descobriram que as diferenças nos níveis de ageísmo entre os enfermeiros se deviam à variação das atitudes negativas que esses praticavam nos serviços de saúde, o que evidencia a necessidade de um programa educacional para melhorar o conhecimento e as atitudes desses profissionais em relação as pessoas idosas (DRURY; HUTCHISON; ABRAMS, 2016; KANG et al., 2017).

Os conhecimentos científicos insuficientes que foram identificados na fase teórica da análise do conceito dizem respeito também a algumas especificidades da velhice, como, por exemplo, a falta de conhecimentos de bases fisiológicas, farmacológicas e psicossociais acerca das disfunções sexuais das pessoas idosas, o que leva à escassez de investigação da história sexual (BOUMAN; ARCELUS, 2001) e, conseqüentemente, diagnósticos e tratamentos. Ademais, o conhecimento dos médicos sobre como se realizar avaliações geriátricas influencia a decisão de prescrever ou não determinados procedimentos de saúde (PROTIÈRE et al., 2010).

A Teoria do Contato sustenta a hipótese de que, quanto maior contato um sujeito (por exemplo, enfermeiro) tem com um grupo externo (por exemplo, adultos mais velhos), melhor será o seu conhecimento sobre este grupo. Essa hipótese explica por que os enfermeiros que atuam em UTI tendem a ser mais sensíveis quanto às necessidades e desafios de saúde das pessoas idosas. Por trabalharem com mais frequência com pessoas idosas, esses profissionais tendem a buscar mais conhecimento especializado e atuar de forma mais qualificada (BUTTIGIEG et al., 2018). Essa descoberta reforça, ainda, que uma melhor compreensão dos cuidados geriátricos pode influenciar a autoconfiança dos enfermeiros no cuidado de pessoas idosas e levá-los a exercitar atitudes mais positivas (KANG et al., 2017). Esses achados são corroborados por Rababa e colaboradores (2020), que constataram que, à medida que os enfermeiros se tornam mais qualificados, o

conhecimento aumenta, e então os profissionais passam a ter menos atitudes negativas e a demonstrar menos preconceito de idade.

Na área oncológica, uma razão sugerida para explicar a persistência do ageísmo no tratamento do câncer é que, muitas vezes, devido à falta de conhecimentos, os médicos utilizam a idade como um substituto para outras características como comorbidades e fragilidade, embora as evidências mostrem que nem sempre elas estão associadas ao envelhecimento (DI ROSA et al., 2018).

Os resultados de um estudo indicam que o nível médio de conhecimento das pessoas idosas sobre a velhice foi inferior ao dos profissionais de saúde. Esse achado sugere que as próprias pessoas idosas podem ter informações distorcidas e imprecisas sobre seu período de vida atual, o que pode levar à internalização de estereótipos atribuídos à idade avançada (HEYMAN; OSMAN; BEN NATAN, 2020).

A **escassez de evidências científicas** foi identificada como antecedente do ageísmo direcionado a pessoas idosas em serviços de saúde. Estudo de Forti e colaboradores (2018) mostra que, entre os pacientes admitidos no setor de tratamento de Acidente Vascular Encefálico (AVE) agudo, a velhice é um preditor independente de exclusão da reabilitação.

A falta de diretrizes explícitas, de evidências e de recomendações para reabilitação de pessoas idosas com AVE geralmente leva à inércia terapêutica e favorece a discriminação de idade para o acesso a intervenções de reabilitação (FORTI et al., 2018).

Pessoas mais velhas são frequentemente excluídas de ensaios clínicos (SCHROYEN et al., 2016), o que retroalimenta a escassez de evidências científicas que fundamentam decisões clínicas. Isso posto, existe uma necessidade de ensaios clínicos randomizados especificamente dedicados a essa população, para melhorar as evidências sobre esquemas quimioterápicos ideais, doses e esquemas, bem como obter resultados favoráveis e aumento da sobrevida (PROTIÈRE et al., 2010).

Um estudo mostrou que estudantes de Enfermagem relataram o interesse em trabalhar com pessoas idosas com mais frequência do que os de Medicina. Isso ocorre porque futuros profissionais de saúde, principalmente os médicos, são treinados para tratar, curar e alcançar resultados por meio da hospitalização, não para lidar com estados crônicos e que necessitam de acompanhamento contínuo, como é a necessidade de grande parte das pessoas mais velhas (DOBROWOLSKA et al., 2019), o que mostra que os

conhecimentos científicos obtidos pelos enfermeiros envolvem cuidado e apoio a pessoas em diversos ciclos vitais e em diferentes condições de saúde.

Inexperiência no convívio com pessoas idosas foi evidenciado pela literatura como relacionado com a frequência do ageísmo: quanto menos frequente o contato com pessoas idosas e quanto mais negativa a qualidade do convívio, mais grave é o ageísmo (HWANG; KIM, 2021). Essa qualidade pode estar implicada nas relações profissionais de saúde *versus* pessoas idosas, pessoas idosas *versus* pessoas idosas, pessoas idosas *versus* família/comunidade.

No que tange aos profissionais da saúde, um estudo de Moyle (2003) determinou que os escores de ageísmo entre enfermeiros e médicos que trabalharam previamente em unidades com pessoas idosas foram menores do que os de enfermeiros e médicos que trabalhavam com esse público pela primeira vez. Portanto, há uma associação positiva entre a experiência de trabalhar com pessoas idosas e as atitudes mais positivas ou menos discriminatórias.

Este achado também foi encontrado por Leung e colaboradores (2011): profissionais que tiveram mais experiência no cuidado à pessoa idosa têm atitudes significativamente mais positivas do que os profissionais que não tiveram essa experiência. Polat e colaboradores (2014) ratificam que enfermeiros e médicos que têm expertise em trabalhar com pessoas idosas demonstram um comportamento menos ageísta devido ao seu maior conhecimento sobre os cuidados a serem prestados, desenvolvimento de relações sociais e comunicação eficaz, além de uma maior conscientização sobre questões específicas dos cuidados com pessoas idosas e envelhecimento. Portanto, a experiência positiva do trabalho com pessoas idosas parece estar intimamente vinculada a uma prática conciliada a um maior conhecimento científico sobre os fundamentos geriátricos e gerontológicos.

Outro componente evidenciado como antecedente do ageísmo direcionado a pessoas idosas em serviços de saúde foi a **sobrecarga de trabalho** dos profissionais da saúde.

Estudo de Ben-Harush e colaboradores (2017) revelou que os profissionais de saúde admitem que fazer perguntas e explicar detalhes da condição de saúde para as pessoas idosas requer paciência e necessidade de falar mais devagar ou mais alto, e os profissionais percebem isso como demorado. Além disso, existem demandas diante do adoecimento das pessoas idosas que são negligenciadas pelos profissionais, em

decorrência da precarização do trabalho. Um dos participantes ouvidos por este estudo relatou que, por vezes, eles (os profissionais) precisam ajudar as pessoas idosas a se levantar e levá-las ao banheiro; entretanto, relatam que não há tempo para isso.

Na análise do artigos encontramos ainda que as pessoas idosas com doenças incuráveis recebiam baixa prioridade para os cuidados de enfermagem, o que foi lamentado por muitos participantes, mas que foi justificado pela pressão de tempo e orçamento como explicações do porquê essa era uma prática naturalizada nos serviços pesquisados (SKIRBEKK; NORTVEDT, 2014)

Um estudo de Damascena e Vale (2020) mostra que a intensificação do trabalho e a terceirização, elementos da precarização, fomentam o descrédito social nos serviços de saúde básica. Face à ausência de recursos, os profissionais limitam seus afazeres técnico-científicos, restringem as atuações de caráter interdisciplinar diante da sobrecarga de trabalho e, por vezes, negligenciam os fluxos de atendimento dos usuários. Assim, a sobrecarga do trabalho pode propiciar condições favorecedoras de uma atuação profissional rápida, imediatista, negligenciada e, em sendo direcionada especificamente às pessoas idosas, podem se constituir como antecedente do ageísmo.

CATEGORIA 2: Os atributos teóricos do desenvolvimento do conceito “ageísmo direcionado a pessoas idosas em serviços de saúde”

A determinação dos atributos essenciais do ageísmo dirigido a pessoas idosas em serviços de saúde foi norteadas pelas seguintes questões: Quais palavras, expressões ou características foram utilizadas pelos autores para descrever esse fenômeno? Quais as ideias que os pesquisadores estão investigando sobre o conceito?

A seguir, o Quadro 5 apresenta uma síntese dos componentes dos atributos do conceito.

Quadro 5 – Síntese dos componentes teóricos dos atributos do ageísmo direcionado a pessoas idosas em serviços de saúde

ATRIBUTOS E ARTIGOS
Estereótipos: A10, A20, A29, A30, A33, A34, A37
Rotulação: A2, A11, A33
Desrespeito à dignidade e privacidade: A22, A25, A30, A39
Descréditos das queixas, habilidades e capacidades: A30, A35
Desrespeito à autonomia: A29, A34
Infantilização: A25
Comunicação inadequada: A31

Fonte: Elaboração própria.

A análise dos artigos a seguir mostra as expressões do ageísmo no contexto dos serviços de saúde que se manifesta através de estereótipos, rotulação e atitudes que desrespeitam e desvalorizam a pessoa idosa.

Os **estereótipos** são as concepções que se tem a respeito da pessoa idosa (CARVALHO et al., 2021). A análise dos atributos do ageísmo está permeada por estereótipos presentes nos serviços de saúde.

Os estereótipos direcionam médicos da APS, que baseiam suas decisões de tratamento não no reconhecimento de um transtorno ou uma doença, mas em sua crença sobre o que é normal ou não em pessoas idosas. Pensamentos suicidas em pessoas idosas doentes, por exemplo, podem ser vistos como “normais”, e a eficácia do tratamento para depressão, baixa. Embora este estudo tenha como foco os médicos da atenção primária, eles não são os únicos profissionais que compartilham dessas crenças. Psicólogos e psiquiatras também acreditam que os pacientes mais velhos são menos propensos a responder ao tratamento da depressão (UNCAPHER et al., 2000).

Os estereótipos relativos à velhice influenciam a autopercepção e as atitudes das pessoas idosas em relação a si mesmos e à vida cotidiana, bem como sua vontade de viver.

A percepção da velhice pode ter conotações negativas, como a perda da autonomia e da capacidade de tomar decisões, e reflete os estereótipos profundamente enraizados na sociedade em relação às pessoas idosas. Os participantes de um estudo relataram terem sido expostos ao ageísmo e testemunharam episódios de preconceito de idade com outras pessoas idosas no hospital (DOBROWOLSKA et al., 2019).

Pesquisa de Lee e colaboradores (2020) mostrou que, entre os profissionais de saúde, 65% concordaram que “Quando alguém envelhece, sente mais dor”; 52% concordaram que “Quando alguém envelhece, é fácil esquecer”; e 14,7% concordaram que “Quando alguém envelhece, geralmente está deprimido”, o que reforça percepções estereotipadas acerca da velhice e do processo de envelhecimento.

É comum médicos e enfermeiros considerarem inevitáveis, na velhice, a diminuição das habilidades mentais, aprendizado e memória das pessoas idosas, o que indica preconceito de idade (POLAT et al., 2014) e demonstra também o desconhecimento das bases fisiológicas, psicológicas e sociais da velhice, já discutido nos antecedentes do conceito.

Outro estereótipo comum é considerar que as pessoas idosas são assexuadas e, conseqüentemente, não correm risco de serem infectadas pelo HIV, o que pode levar a presunções de resultados negativos do teste de HIV ao se fornecer serviços de teste para essa população. Assim, assumir o HIV como doença dos “jovens” leva os profissionais da saúde a fazerem menos perguntas durante as sessões de pré-teste e aconselhamento a pessoas idosas (KIPLAGAT; HUSCHKE, 2018). Os estereótipos que operam nos serviços de saúde podem ocasionar conseqüências deletérias à saúde de pessoas idosas, o que será discutido no tópico a seguir.

Os rótulos atuam como nomeações depreciativas sobre a pessoa idosa (CARVALHO et al., 2021). A **rotulação** de frágeis, doentes ou incapazes foi encontrada enquanto atributo de ageísmo nos serviços de saúde.

Muitas pessoas idosas estão condicionadas a aceitar o declínio das funções funcionais e cognitivas, que são comuns quando ocorre a síndrome da fragilidade como inevitável à velhice, levando profissionais de saúde a perpetuarem essa percepção e rotularem os sintomas que podem acompanhar doenças graves como inerentes à velhice. Quando se trata de população rural, tais rótulos são ainda mais fortalecidos, já que a distribuição geográfica ocasiona dificuldades de acesso a médicos, sendo comum os problemas de saúde não serem tratados, o que retroalimenta essa rotulação de velhice como doença, fragilidade e incapacidade (GUNDERSON et al., 2005).

Resultado de um estudo revela a rotulação da velhice: 99% dos médicos reconheceram a presença da depressão e 94% detectaram a ideação suicida em pessoas idosas. Entretanto, esses profissionais foram menos propensos a concluir que a ideação suicida em uma pessoa mais velha era uma condição séria que poderia responder ao

tratamento. Essa realidade pode ser atribuída ao preconceito de idade, por considerar o adoecimento mental esperado em pessoas idosas (UNCAPHER et al., 2000).

Outros rótulos encontrados foram evidenciados por uma pesquisa que entrevistou estudantes de Medicina e Enfermagem de uma universidade na Polônia. Os resultados encontrados mostraram que as pessoas idosas foram percebidas como um grupo problemático de pacientes, difíceis de cooperar e se comunicar (DOBROWOLSKA et al., 2019); outro estudo mostra que pessoas idosas são consideradas fracas e dementes, com habilidades mentais diminuídas, intolerantes e inflexíveis, doentes ou deficientes e mesmo assim desejam ser autônomos (POLAT et al., 2014).

Profissionais da saúde e instituições atuam com base em atitudes de **desrespeito à dignidade e privacidade** das pessoas idosas.

Dignidade pode ser entendida como a capacidade do sujeito de decidir sobre seus próprios objetivos, envolvendo autonomia pessoal e a competência de desenvolvê-la e exercê-la, justificando a exigência de que os interesses fundamentais das pessoas são protegidos por meio da garantia de um mínimo de condições básicas para sua existência – direito à vida, à saúde, à educação, à liberdade de expressão, dentre outros (FRIAS; LOPES, 2015).

O cerceamento da autonomia citado como atributo do ageísmo direcionado a pessoas idosas em serviços de saúde pode levar à desconsideração da dignidade da pessoa humana. Um estudo de Ben-Harush e outros (2017) revelou falas a respeito da falta de dignidade para com a pessoa idosa em um determinado serviço de saúde, por meio de ações imediatistas e baseadas no viés de idade. Os relatos foram de que, ao ser internada no hospital, a atitude primeira do profissional da saúde foi colocar uma fralda geriátrica, tornando a pessoa mais dependente fisicamente.

Os estereótipos de que todas as pessoas mais velhas possuem descontrole dos esfíncteres, com perdas urinárias, aliados à falta de conhecimento científico, leva os profissionais da saúde à percepção de que todas as pessoas idosas necessitam de fraldas. Estudo de Taverner, Baumbusch, Taipale (2016) apresenta o relato de uma participante que descreveu como as pessoas idosas eram atendidas no hospital, comparando-as a “pedaços de carne” ou tratadas como objetos e não como pessoas. Os profissionais agiram a partir de estereótipos de idade, cerceando a autonomia e desrespeitando a dignidade da pessoa idosa, o que se configura como atributo do ageísmo.

Ainda no estudo de Taverner, Baumbusch, Taipale (2016), todos os participantes falaram sobre a falta de dignidade, mas também sobre a desconsideração da privacidade vivenciada pelos mais velhos nos cenários de assistência. Nos quartos, as camas eram mistas entre os gêneros masculino e feminino, o que constrangia as pessoas que ali estavam. Além disso, os profissionais não faziam a menor questão de garantir a privacidade das pessoas idosas e manipulavam o cateter uretral sem ao menos usar um biombo.

A privacidade deve ser considerada quando o corpo da pessoa idosa é tocado por familiares, cuidadores e profissionais de saúde. Quando há necessidade de ser vestida ou tocada, o direito ao próprio corpo deve ser respeitado. São situações que violam o direito à privacidade: trocar a roupa na frente de outras pessoas; não perguntar à pessoa idosa se ela se importa de ser tocada pelo cuidador; levá-la ao banheiro na frente de outras pessoas; ou forçá-la a ficar em enfermarias com pacientes de outro sexo (PARANHOS; ALBUQUERQUE, 2019). Cuidar sem qualquer tipo de envolvimento emocional ou cuidar com desrespeito são sintomas que revelam ageísmo (RABABA et al., 2020).

Estudo de Schatz e colaboradores (2018) revelou que os profissionais de saúde se referiam às pessoas idosas como não meceredoras de medicamentos gratuitos. Um dos fragmentos do estudo mostra as respostas dos profissionais de saúde: “Vocês estão acabando e desperdiçando nosso remédio! Seu período [de sobrevivência] acabou”. Esse tipo de comentário faz as pessoas idosas perderem a esperança na vida e aumenta a percepção de que elas e a equipe médica acreditam que não estão mais aptas a viver. Observa-se, aqui, um explícito desrespeito aos direitos humanos. As pessoas idosas, assim como outras de distintas faixas etárias, têm direitos ao atendimento com equidade, qualidade, privacidade, confidencialidade, cuidados, informação e não discriminação (PARANHOS; ALBUQUERQUE, 2019).

Relatos do estudo de Schatz e colaboradores (2018) revelaram o mau tratamento oferecido às pessoas idosas, com denúncias de que os profissionais de saúde gritaram, foram rudes, acusaram de desperdiçarem seu tempo e tomarem remédios que deveriam ir para os mais jovens, além de criticá-las por não ouvirem, entenderem ou agirem “adequadamente”. Os profissionais caluniaram as pessoas idosas e gritaram, o que sugere um tratamento deficiente, possíveis abusos e violência verbal.

O “Disque 100” é um canal de atendimento criado pelo governo federal para recebimento das denúncias de violação de direitos das pessoas idosas. Entre março e maio

de 2020, passou-se de 3 mil denúncias de violência contra pessoas idosas para 8 mil em abril e 17 mil em maio (meses com maiores taxas de isolamento social) de casos praticados em domicílio. As violências são as formas mais graves de violação dos direitos humanos. No contexto da pandemia, ou mesmo fora dela, as pessoas idosas são um dos grupos mais vulneráveis, devido à habitual discriminação social ao envelhecimento e à insuficiência de políticas públicas de garantia de seus direitos, ou ainda em função da perda de poder aquisitivo das famílias no contexto de crise econômica desencadeada pela pandemia. A maior dependência de terceiros para a realização de atividades instrumentais e/ou básicas de vida diária, as fragilidades com relação à saúde e ao bem-estar e o reduzido apoio social formal e informal consequente ao isolamento social também tornam este grupo alvo preferencial das diferentes formas de violência (MORAES et al., 2020).

Descrédito das queixas, habilidades e capacidades das pessoas idosa também foi evidenciado como elemento do ageísmo. Descrédito significa perda de estima, de consideração, confiança, influência e má fama (OXFORD LANGUAGES, 2022).

Vários participantes do estudo de Schatz e colaboradores (2018) disseram que os profissionais de saúde estavam relutantes em tratar as pessoas idosas porque suas queixas eram consideradas ilegítimas. Uma mulher que estava doente e incapaz de andar relatou “ser repreendida e culpada pela velhice pelo profissional de saúde, sendo que a dor que eu estava sentindo era por causa disso”. Um homem disse que um profissional de saúde lhe perguntou: “Vamos também atender e cuidar da velhice? Isso não é doença, mas velhice!”. Ele explicou ainda que isso o fez pensar que os profissionais de saúde “não consideram as pessoas idosas como importantes e só querem cuidar dos jovens”.

Ignorar as queixas das pessoas mais velhas acontece porque os profissionais são ageístas e tratam as pessoas idosas de maneira diferente com que tratam os mais jovens (TAVERNER; BAUMBUSCH; TAIPALE, 2016).

Quanto à desvalorização das habilidades e capacidades, os mais velhos também falaram sobre serem desrespeitados como pessoas idosas e desvalorizados como não cooperativos ou não inteligentes. Tanto homens quanto mulheres disseram que as pessoas mais velhas às vezes são repreendidas quando não ouvem ou não seguem os protocolos adequadamente (SCHATZ et al., 2018).

O **desrespeito à autonomia** das pessoas idosas também se constitui um atributo de ageísmo direcionado a pessoas idosas e serviços de saúde. Estudo de Shin e colaboradores (2019) constatou que comumente pessoas idosas são excluídas das

discussões sobre sua doença e suas opções de tratamento, e um dos motivos para isso é que os cuidadores familiares pensam que elas não têm capacidade cognitiva, que possuem disfunção sensorial ou que têm baixa alfabetização em saúde, sendo, portanto, incapazes de entender as circunstâncias da saúde e da doença. Os profissionais, assim, limitam a pessoa idosa de tomar as próprias decisões e de gerir seu cuidado.

O estudo de Shin e colaboradores (2019) também mostrou que cerca de 1/5 dos participantes idosos com câncer responderam que já sofreram algum tipo de discriminação relacionada à idade, em relação às informações sobre seu estado de saúde e doença, tratamento, atenção e cuidados, aumentando com o acréscimo da idade.

Estudo de Kiplagat e Huschke (2018) indicou que pessoas idosas consideravam os serviços de prevenção e tratamento de doenças infectocontagiosas discriminatórios, já que a sinalização e as instruções para uso das medicações anti-HIV, por exemplo, eram muitas vezes escritos em inglês, idioma que os adultos mais velhos poderiam não falar, ou as instruções verbais eram ofertadas por jovens profissionais que não queriam ou não se sentiam confortáveis em dialogar com pessoas idosas, o que reforça o desrespeito à autonomia.

Segundo Silva (2022), a capacidade de ser autônomo, para pessoas idosas, está atrelada diretamente à noção de autonomia que a pessoa tem de si e do outro. Ser ou não um sujeito autônomo, ou o que seria importante para se tornar essa pessoa, estariam diretamente ligados à sua capacidade decisória imediata, mas também à trajetória de vida e à forma de ver o mundo a partir de sua matriz sócio-histórica.

Viver uma velhice idealizada como um fator diretamente ligado à incapacidade funcional e/ou intelectual influencia a pessoa idosa a não exercer sua autonomia, mesmo diante da capacidade para tal (SILVA, 2022).

A **infantilização** das pessoas idosas nos serviços de saúde está relacionada com a desconsideração da autonomia das pessoas idosas. Os participantes de um estudo descreveram comportamentos da equipe de enfermagem como ageístas: “o auxiliar fez um comentário que minha mãe é mimada, e falou na frente da minha mãe” (TAVERNER; BAUMBUSCH; TAIPALE, 2016). Este é um exemplo de discurso infantilizante, pois tratam as pessoas idosas como crianças, algo também associado ao preconceito de idade.

Estudo de Schiavon (2022) com pessoas idosas institucionalizadas e cuidadores(as) revelou a diminuição ou recategorização da pessoa idosa pela infantilização por parte da cuidadora, que utiliza palavras no diminutivo para posicionar

“quem manda” e “quem obedece”, evidenciando, assim, a assimetria de poder presente na interação. O uso do diminutivo, portanto, constitui-se como uma marca linguística da diferença de categoria entre a própria cuidadora e a pessoa idosa.

A **comunicação inadequada** é mais uma característica que pode revelar ageísmo direcionado a pessoas idosas. O material analisado mostra que a comunicação que reflete ageísmo nos serviços de saúde compreende a utilização de enunciados mais curtos, que refletem características negativas e podem levar as pessoas mais velhas a avaliarem negativamente suas próprias competências comunicativas e prejudicar a percepção de si mesmas. Prestar atenção a essas características faz-se necessário na comunicação, uma vez que realizar as repetições da informação, quando necessário, é mais adequado e pode beneficiar as pessoas idosas na compreensão da mensagem, sem parecer paternalista (KEMPER; HARDEN, 1999).

Estudo de Almeida e Ciosak (2013) identificou comunicação verbal bloqueada. A não verbal, por sua vez, foi permeada de aspectos negativos, tais como ausência de diálogo, déficit de escuta e gestos de irritabilidade por parte do profissional, acompanhados de linguagem inapropriada, resultando em exposição e constrangimento da mulher idosa, o que reduz as chances de adesão à terapêutica prescrita, mostrando como as formas de comunicação podem interferir no atendimento e controle de saúde das pessoas idosas.

Aspectos positivos na relação profissional *versus* pessoa idosa, com uma comunicação assertiva verbal e não verbal como linguagem adequada, reforçada pela demonstração de expressões faciais – como sorriso, olhar de frente para a pessoa idosa, escuta atenta –, foram constatados durante a observação nos atendimentos, principalmente da equipe de enfermagem da ESF. Foi demonstrado que os enfermeiros empregaram entonação adequada da linguagem, estabelecendo um diálogo acolhedor, falando de forma clara e pausada (ALMEIDA; CIOSAK, 2013).

A maior vulnerabilidade na velhice vem em decorrência de declínios físicos (diminuição da visão, audição e atividade motora), psicológicos (diminuição das funções executivas e cognitivas) e sociais (maior probabilidade de isolamento). Isso fortalece a resposta tradicional dos serviços de saúde no controle dos fatores biológicos na condição de doença e propicia poucos investimentos na relação comunicacional entre profissionais e pessoas idosas (LAMELA; BASTOS, 2012), podendo gerar ruídos na comunicação das

informações sobre o processo de saúde-doença, na tomada de decisões e, de forma geral, na autonomia da pessoa idosa.

CATEGORIA 3: Os consequentes teóricos do desenvolvimento do conceito “ageísmo direcionado a pessoas idosas em serviços de saúde”

A análise dos consequentes do conceito “ageísmo direcionado a pessoas idosas em serviços de saúde” foi norteadada pela questão: Quais as consequências do fenômeno que ocorrem após a determinação do conceito?

As respostas para essa questão foram organizadas em componentes dos consequentes para pessoas idosas, famílias e profissionais da saúde, conforme demonstrado no quadro abaixo.

Quadro 6 – Síntese dos componentes teóricos dos consequentes do ageísmo direcionado a pessoas idosas em serviços de saúde

PARA PESSOAS IDOSAS
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Discriminação de idade <ul style="list-style-type: none"> - Negligência no cuidado: A2, A4, A6, A14, A23, A24, A25, A31, A32 - Acesso limitado aos serviços de saúde: A6, A9, A27, A38 - Assistência à saúde inadequada: A22, A25 ✓ Desconfiança nos serviços de saúde: A30 ✓ Não adesão às condutas terapêuticas: A22, A34 ✓ Desesperança: A30 ✓ Impacto na qualidade de vida: A34, A35
PARA FAMÍLIAS
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Hipervigília e assimilação do cuidado: A22, A25, A26 ✓ Menos suporte psicológico: A22, A26
PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Falta de interesse dos profissionais em atuar na área da geriatria e gerontologia: A33

Fonte: Elaboração própria.

Os consequentes do ageísmo direcionado a pessoas idosas em serviços de saúde identificados a partir da análise do material teórico envolvem elementos para pessoas idosas, famílias e profissionais de saúde.

A discriminação de idade ocorre quando se exclui, marginaliza ou limita as oportunidades das pessoas. **Negligência no cuidado** foi constatada em estudo em que os enfermeiros se envolveram em comportamentos discriminatórios em relação às pessoas mais velhas: na mesma situação clínica, eles encorajaram menos frequentemente um paciente de 70 anos do que um paciente de 40 anos a se submeter a uma nova imunoterapia considerada cara (SCHROYEN et al., 2016).

Estudo de Taverner, Baumbusch e Taipale (2016) mostrou que a postura das unidades de saúde onde pessoas idosas estavam internadas foi descrita como negligente, algo que passou a ser tido como normal e rotineiro ao longo do tempo. Por sua vez, os parentes desejavam remover as pessoas idosas, em segurança, mais cedo do hospital, em virtude da inadequação do atendimento.

No contexto de unidade de emergência, em condições semelhantes de parada cardíaca, as pessoas idosas parecem ser vítimas de discriminação devido a uma duração mais curta nos procedimentos de ressuscitação cardiopulmonar e cuidados menos intensivos justificados, em parte, por uma menor taxa de sobrevivência em comparação à de jovens. Além disso, o início imediato do suporte básico de vida foi menor que em adultos mais jovens. Mesmo que a taxa de compressões torácicas tenha sido iniciada de forma semelhante em ambos os grupos, as pessoas mais velhas receberam menos compressão torácica, menos ventilação e menos injeções de epinefrina (levando em consideração que os pacientes mais velhos estão mais frequentemente em assistolia) (WIEL et al., 2018).

Outras medidas negligentes estão indicadas quando os médicos da APS estão dispostos a tratar a ideação suicida geriátrica, mas não na medida em que estão dispostos a tratá-la em pacientes mais jovens (UNCAPHER et al., 2000). A sociedade, em geral, tende a ignorar a questão do HIV/AIDS entre pessoas idosas, o que pode estar influenciando na redução das práticas de prevenção primária e secundária do HIV (DAVIS et al., 2016).

Pesquisas com participantes idosos revelaram que eles sentiram que não receberam os mesmos cuidados e tratamento por parte dos profissionais de saúde que outros pacientes em razão da sua idade (KENNELLY; BOWLING, 2001).

Médicos foram significativamente e substancialmente menos propensos a fazer perguntas diagnósticas e oferecer orientações e certos recursos a pessoas mais velhas, especialmente aquelas com sintomas depressivos (FISCHER et al., 2003).

Os serviços de saúde para pessoas idosas parecem ser inadequados devido a processos mais indiretos ou sutis, considerações e ideais dominantes e condições de funcionamento que não dão atenção suficiente às necessidades das pessoas idosas, o que pode ser descrito como discriminação de idade direta ou indireta (PEDERSEN et al., 2008).

O **acesso limitado aos serviços de saúde** foi evidenciado como consequente do conceito na medida em que pessoas mais velhas foram identificadas como mais propensas a serem admitidas em enfermarias de clínica geral e unidades de cuidados especializados, enquanto pacientes mais jovens eram mais propensos a serem admitidos em enfermarias de neurologia. Além disso, pessoas mais jovens eram mais prováveis de serem transferidas para hospitais de reabilitação do que as mais velhas (BHALLA et al., 2004).

Pessoas mais velhas têm acesso negado a certos tipos de cuidados com a impressão muitas vezes subjetiva de que eles não se saem bem em comparação com os candidatos mais jovens (FISCHER et al., 2003). O preconceito de idade também gera limitações das pessoas idosas ao acesso à política e aos serviços de saúde mental e a uma série de serviços apropriados para pessoas com psicose (MITFORD et al., 2010).

Outro achado que revela o acesso limitado foi a baixa proporção de pessoas idosas com acesso a serviços de reabilitação apesar dos níveis mais elevados de incapacidades. Elas tendem a receber alta hospitalar precoce e costumam ser institucionalizadas em taxas mais altas em comparação com pacientes mais jovens. Há uma alta proporção de pessoas com Acidente Vascular Cerebral (AVC) com idade superior a 75 anos em todos os centros europeus que não estão recebendo investigações diagnósticas adequadas e terapia comunitária (BHALLA et al., 2004).

Acesso limitado também foi identificado em resultado de estudo de Di Rosa e colaboradores (2018). Mulheres mais jovens são submetidas à cirurgia conservadora com mais frequência que as mais velhas, independentemente da gravidade clínica do câncer de mama, contexto de residência e hospitalização.

Estudo de Van Delden e outros (2004) mostra que médicos têm a percepção de que tratamentos caros e que prolongam a vida devem ser usados principalmente para salvar a vida das pessoas com mais de 75 anos. Entretanto, em caso de escassez de órgãos para transplante, por exemplo, eles consideram aceitável selecionar as pessoas com base na idade.

Na pandemia, a oferta insuficiente de recursos agravou o ageísmo, gerando competição entre jovens e pessoas idosas. A mídia social destacou adultos mais velhos que sacrificaram suas próprias vidas para que os aparelhos de ventilação mecânica fossem utilizados pelos mais jovens, e alguns países usaram explicitamente o fator idade como critério para alocação de tratamentos, levando a entender que a idade por si só seria um fator decisivo para se decidir quem deve morrer ou viver, o que minimiza a importância das vidas idosas e, conseqüentemente, faz agravar o ageísmo direcionado a pessoas idosas (ARAÚJO et al., 2022).

A **assistência à saúde inadequada** foi evidenciada como conseqüente do conceito de ageísmo. Estudo de Ben-Harush e colaboradores (2017) mostra que, quando se tem um homem de 40 anos em parada cardíaca, o profissional tende a abordá-lo por horas. Com uma pessoa idosa, pode-se fazer intubação ou não. Na geriatria, o tratamento é mais rotineiro e centra-se na manutenção, no habitual.

Participantes de um estudo descreveram inadequação da abordagem da dor e relataram que as enfermeiras não levavam em consideração as necessidades específicas da pessoa idosa. Outros participantes reclamaram que cuidados básicos para as queixas não foram prestados (TAVERNER; BAUMBUSCH; TAIPALE, 2016).

Estudo mostrou que os serviços de testagem de HIV foram vistos pelos profissionais como direcionados exclusivamente às mulheres na faixa etária reprodutiva (15-49 anos), excluindo pessoas idosas. Essa percepção, associada à falta de conhecimento, pode resultar em atitudes negativas como inexistência de investimentos em educação para prevenção do HIV, testagem e respostas aos cuidados direcionados especificamente às pessoas idosas (KIPLAGAT; HUSCHKE, 2018) e limitação em oportunidades de aperfeiçoamento e aquisição de experiência por parte dos profissionais da saúde.

Outro conseqüente para as pessoas idosas foi a **desconfiança nos serviços de saúde**, encontrado em estudo de Schatz e colaboradores (2018), em que os autores mostram que os profissionais de saúde que atuaram com base em preconceito de idade e realizaram maus-tratos gerais passam a ser vistos com descrédito em relação ao atendimento prestado nas unidades de saúde.

Interligada à desconfiança nos serviços está a **não adesão a condutas terapêuticas**. Quando pessoas idosas são excluídas das discussões informativas sobre seu estado de saúde/doença (comunicação inadequada) ou das decisões acerca do tratamento

(desconsideração da autonomia), podem pensar que seu estado clínico é pior do que a realidade, levando-as a renunciarem a uma terapêutica adequada ou a não aderirem ao tratamento recomendado por completo. Outrossim, quando as pessoas idosas sentem que não recebem atenção ou cuidados de saúde suficientes, ou quando desenvolvem atitudes e sentimentos negativos em relação às orientações dos profissionais de saúde, isso concorre para a desconfiança e não adesão aos tratamentos (SHIN et al., 2019).

Ben-Harush e colaboradores (2017) pesquisaram três grupos de profissionais de saúde que relataram dificuldades semelhantes entre si, ao lidarem com pessoas idosas que tinham opinião própria sobre o tratamento de que precisavam e que não estavam dispostas a ouvir e seguir orientações profissionais, o que pode ser evidenciado a partir de fragmentos do tipo: “Os pacientes mais difíceis são aqueles que não me deixam ajudá-los [...] Eu tenho uma paciente russa [mais velha] que diz não a todas as sugestões médicas. Sou médico e quero o melhor para meus pacientes. Mas ela não me deixa ajudá-la e não me deixa receitar remédios adequados. Isso é muito difícil para mim”. Observa-se que a não adesão ao tratamento pode comprometer a cura/reabilitação da pessoa idosa e acelerar possíveis declínios, como também pode afetar o desempenho profissional frente à conduta terapêutica.

Uma vez que as pessoas idosas recusam ou não aderem aos tratamentos, evidencia-se **desesperança** para com a vida. O ageísmo impacta a dignidade da pessoa idosa; comentários e acusações de que “as pessoas idosas não são beneficiárias valiosas de medicamentos gratuitos” ou que “o tempo de vida acabou” levam pessoas idosas a perderem a esperança na vida, além de se perguntarem se a equipe médica acredita que elas não estão mais aptas para viver (SCHATZ et al., 2018).

Os **impactos na qualidade de vida** foram encontrados como consequentes ao preconceito de idade. A internalização de estereótipos atribuídos à idade avançada pode impedir que as pessoas idosas atinjam seu pleno potencial e pode ter um efeito negativo na qualidade de vida (HEYMAN; OSMAN; BEN NATAN, 2020). As pessoas idosas que informaram ter sofrido discriminação por idade eram mais deprimidas e relataram ter pior qualidade de vida (SHIN et al., 2019).

O dilema longevidade *versus* qualidade de vida também foi abordado no estudo de Wilkinson e Ferraro (2002), revelando uma mudança no equilíbrio desses dois aspectos à medida que as pessoas envelhecem, o que pode refletir um viés de idade em favor da qualidade de vida que, no decorrer da percepção geral, associa a velhice à morte.

Portanto, os profissionais de saúde, assim como pessoas idosas e suas famílias, preferem evitar tratamentos dolorosos e invasivos que podem salvar vidas.

Sentimentos negativos também foram identificados como consequentes ao ageísmo, especialmente quando as pessoas idosas e seus familiares percebem sua presença durante o atendimento, o que os leva a odiar a unidade e a enfermeira (SCHATZ et al., 2018). Sentimentos como raiva, tristeza, medo pelo bem-estar de seu parente mais velho e vergonha foram identificados (TAVERNER; BAUMBUSCH; TAIPALE, 2016).

O ageísmo também pode gerar consequências para as famílias das pessoas idosas, tais como **assimilar o cuidado para si e hipervigília**. Em decorrência da perda de confiança nos serviços de saúde e no cuidado de enfermagem, os familiares e cuidadores assumem o cuidado integral do seu familiar ou negociam com os profissionais a realização desse cuidado. Os participantes de um estudo descreveram que se sentiram compelidos a manter uma vigília à beira do leito para minimizar os danos ao parente mais velho hospitalizado (TAVERNER; BAUMBUSCH; TAIPALE, 2016).

Embora os membros da família muitas vezes se vejam como defensores do tratamento da pessoa idosa, pesquisas apontam que os profissionais de saúde não são treinados para trabalhar com esses membros (WARD-GRIFFIN; MCKEEVER, 2000), oferecendo-lhes **menos suporte psicológico**. Também é possível que os familiares se sintam desamparados diante do declínio de seu parente mais velho (AU et al., 2013). Assim, as queixas e solicitações dos familiares podem ser vistas como tentativas de obter controle sobre uma situação geradora de ansiedade (BEN-HARUSH et al., 2017).

Constatou-se que os profissionais de saúde da UTI acreditam que o apoio psicológico é necessário para as famílias dos pacientes e, mais importante, para os familiares dos pacientes mais jovens. Essa pode ser uma possível explicação para o fato de os parentes das pessoas mais velhas receberem menos apoio psicológico, independentemente do desfecho clínico, conotando um possível viés de idade (DEMETRIADOU et al., 2017). Esse tipo de viés é ratificado por outros estudos (ROBB; CHEN; HALEY, 2002; WETHERELL et al., 2004), mostrando que, à medida que as pessoas envelhecem, recebem menos apoio dos profissionais de saúde.

Para os próprios profissionais de saúde, os consequentes ao ageísmo se configuram na **falta de interesse em atuar na área da geriatria e gerontologia**. Um estudo com estudantes da área da saúde encontrou que, dentre as razões para que estes não se interessem pelo trabalho com pessoas idosas em sua futura carreira, há a construção

de estigmas e estereótipos, o que pode ser influenciado com a ansiedade e preocupação em relação ao processo de envelhecimento e com falta de conhecimento na área especializada (BERGMAN; ERICKSON; SIMONS, 2014).

Estudantes da área da saúde apontaram a incapacidade de se comunicar com pessoas idosas, de se relacionar com eles e a probabilidade de se sentirem entediados ou deprimidos como principais motivos para não buscar uma carreira nessa área de conhecimento. Uma das razões para isso é que os estudantes, como a maioria dos jovens, querem se distanciar da velhice e dos velhos, a chamada “cultura do distanciamento” das pessoas idosas (DOBROWOLSKA et al., 2019), uma rejeição por não se imaginarem como pessoas mais velhas.

Estudantes de Medicina demonstraram desinteresse em trabalhar com pessoas idosas, devido à falta de oportunidade de desenvolvimento profissional, satisfação pessoal ou falta de efeitos terapêuticos visíveis; já os de Enfermagem alegaram motivos que envolviam dificuldades na atuação na área, devido a esforço físico e cognitivo intensos. (DOBROWOLSKA et al., 2019).

6.4 Definição do conceito

Conforme estabelecido por Schwartz-Barcott e Kim (2000), após a leitura criteriosa dos documentos selecionados, deve-se definir um conceito de trabalho que representa a imagem mental consolidada sobre o fenômeno pesquisado. Essa definição será utilizada no decorrer da pesquisa, podendo ser aperfeiçoada ou refutada, de acordo com os achados teóricos e empíricos.

A análise da categorização dos artigos mostrou que os objetivos dos estudos visaram, em linhas gerais, a mensuração dos fenômenos do ageísmo no contexto dos serviços de saúde, bem como a compreensão da influência da idade no uso dos serviços de saúde (oncológicos, cardíacos, de terapia intensiva, dentre outros) por parte da população idosa.

Um detalhe que merece destaque nos artigos estudados é que nem sempre os autores utilizavam a terminologia “ageísmo” no título, resumo ou descritores do artigo, em uma tentativa, suponhamos, de não afirmar peremptoriamente a existência de um fenômeno ainda a ser mensurado/identificado quanto às suas ocorrências ou mesmo para

compreendê-lo melhor. Os objetivos buscavam analisar o viés de idade na perspectiva dos serviços de saúde, sem aplicar o termo “ageísmo” antecipadamente.

Por isso, a definição de trabalho escolhida para dar seguimento às demais etapas do desenvolvimento do conceito foi: o ageísmo envolve estereótipos, preconceito e discriminação de idade (BUTLER, 1969). Esta definição foi abordada durante as entrevistas com os participantes do estudo para levantar a problemática nos serviços de saúde e selecionar um caso modelo. A partir de então, procedeu-se à revisão dos casos relatados e à análise dos atributos, antecedentes e consequentes do conceito, possibilitando o refinamento e o desenvolvimento do conceito de ageísmo direcionado a pessoas idosas em serviços de saúde.

7 Resultados: fase empírica

7.1 Caracterização dos participantes do estudo

Os participantes do estudo foram 14 pessoas idosas e 13 profissionais da saúde. Sobre as pessoas idosas, todas foram do sexo feminino, maioria de cor parda, aposentadas, com renda de um salário mínimo e com faixa etária entre 60 a 89 anos de idade. O nível de escolaridade foi em sua maioria médio completo, seguido de fundamental incompleto e analfabeto funcional.

Sobre os profissionais da saúde, apenas 2 foram do sexo masculino, maioria com idade entre 30 a 39 anos. Participaram 2 médicos, 2 médicas, 1 enfermeiro e 8 enfermeiras. O tempo de formação variou entre 1 e 26 anos. Quanto ao local de trabalho, 3 profissionais atuavam na ESF, 3 na UNACON, 2 na clínica médica do HGCA, 1 na clínica cirúrgica do HGCA, 2 na UTI do HGCA, 1 na UPA e 1 na central de regulação do município de Feira de Santana, com tempo de atuação no setor variando entre 1 e 13 anos. Do total de participantes, apenas dois não tinham pós-graduação.

7.2 Análise temática das entrevistas

A análise temática das entrevistas diz respeito ao tratamento analítico das 27 entrevistas, realizado com auxílio do programa MAXQDA. Assim, chegou-se aos códigos que foram agrupados em temas e posteriormente organizados nas categorias de análise discutidas a seguir.

CATEGORIA 1: Os antecedentes empíricos do desenvolvimento do conceito do ageísmo direcionado a pessoas idosas em serviços de saúde

Quando questionados sobre o ageísmo direcionado a serviços de saúde, a maioria, no primeiro momento, respondia que nunca havia presenciado formas de preconceito de idade nos serviços de saúde. Entretanto, com o avançar da entrevista e o aprofundamento no tema, os participantes iniciavam relatos de situações que expressavam o fenômeno.

Após relatarem os casos que permitiam identificar os atributos do ageísmo, os participantes eram indagados sobre suas causas (antecedentes) e consequências (consequentes), bem como formas de combate e enfrentamento aos estereótipos, preconceitos e discriminação de idade.

A seguir, apresentam-se os resultados relacionados aos componentes do conceito estudado, todos apreendidos mediante as entrevistas, em que os 27 participantes relataram a percepção e experiência a respeito do ageísmo nos serviços de saúde. Vale ressaltar que os fragmentos das falas foram selecionados a partir da representação dos elementos do conceito de ageísmo direcionado a pessoas idosas em serviços de saúde. Diante da limitação de conhecimento dos participantes a respeito do objeto do estudo, não emergiram falas representativas de pessoas idosas e profissionais em todos os elementos do conceito.

A coleta de dados revelou os seguintes componentes como antecedentes do conceito: cultura, conhecimento científico insuficiente dos profissionais de saúde, sobrecarga de trabalho e falta de empatia.

Antecedente: cultura

A análise das entrevistas dos participantes revelou que a cultura e os valores das distintas sociedades e dos distintos países podem influenciar para a ocorrência do ageísmo em serviços de saúde, tal como evidenciado no fragmento abaixo:

São processos de envelhecimento que eu tenho certeza que se você fizesse essa pergunta na Europa, você teria outra realidade, nos Estados Unidos outra realidade, no Canadá outra realidade, no Japão totalmente outra realidade, entendeu? Então acho que isso aí a gente tem que ter em mente. (P1_M).

Cultura diz respeito à humanidade como um todo e ao mesmo tempo a cada um dos povos, nações, sociedades e grupos humanos. Quando se considera as culturas particulares que existem ou existiram, logo se constata a grande variação delas. Dessa forma, é preciso relacionar a variedade de procedimentos culturais com os contextos em que são produzidos, a exemplo das variações nas formas de família, ou nas maneiras de habitar, de se vestir ou de distribuir os produtos do trabalho. Cultura é resultado da história, relaciona-se com as condições materiais de sua existência e, entendido assim, compreender a cultura pode contribuir no combate a preconceitos, oferecendo uma plataforma firme para o respeito e a dignidade nas relações humanas (SANTOS, 2006).

Nas culturas chinesas e japonesas, por exemplo, desde a antiguidade até a contemporaneidade, velhice é sinônimo de sabedoria, respeito à família e segurança dos

anciãos, o que evidencia uma educação e cultura milenar (tradição) de cuidar bem de suas pessoas idosas, cujos governantes devem trabalhar para valorizar e cuidar dessa população. Já no mundo ocidental, que inclui a maior parte da Europa, além de muitos países de origem colonial europeia nas Américas e na Oceania – como Estados Unidos, Canadá, México, Argentina, Brasil, Chile, Austrália, Nova Zelândia, entre outros – a visão atual é de que a velhice é uma fase da vida repleta de sofrimento e negatividade, expressando terror para muitos, como se ela não fosse atingir a todos (FLORES SOBRINHO; OSÓRIO, 2021).

Mesmo sabendo que há visões de caráter positivo acerca do tema e que estas devem ser consideradas, o aspecto ressaltado pelos participantes deste estudo é o de que a cultura das distintas sociedades, de forma geral, traz peculiaridades que podem atuar como causadoras do ageísmo.

Para uma participante deste estudo, essa cultura que não valoriza a velhice e o envelhecimento, ao passo que cultua a juventude, atualmente vem sendo fortalecida pelas redes sociais:

Hoje a rede social, ao meu ver, e isso é uma opinião pessoal, a rede social traz um mundo que não é normal, as pessoas não querem envelhecer, mas envelhecer é um processo normal da vida e, diga-se de passagem, é um processo belíssimo quando é bem feito. Só que as pessoas não querem envelhecer. Então vem aí a vida do Instagram, do Facebook, onde todo mundo é lindo, todo mundo é novo (P1_M).

A cultura midiática fortifica a valorização da beleza e do novo e, por conseguinte, contribui para a desvalorização da velhice, sobretudo por meio do incentivo ao consumo e da estetização da vida (TEIXEIRA et al., 2016).

Na medida em que os meios de comunicação e troca de informações sofrem aprimoramentos, com a popularização da internet, o fluxo de comunicação aumenta consideravelmente e a expressão de extensa memória e experiência de vida se desloca das pessoas idosas para a rede de comunicação rápida. O advento da internet se configura como um elemento que diariamente apresenta algo “novo” e que se contrapõe à figura da pessoa idosa, que é vista socialmente como algo “velho”, o que impacta diretamente na representação social do envelhecimento e da velhice. Além disso, ocorre que, nas postagens on-line, aspectos vinculados às perdas decorrentes do envelhecimento são minimizados e a identidade relativa à “terceira idade” está associada às características

positivas da velhice, tratando esse grupo etário como “melhor idade”. (CASTRO; CAMARGO, 2017).

Dessa forma, mesmo com todos os avanços no que tange aos cuidados com os velhos, desde a Grécia Antiga até a modernidade, a questão social do envelhecimento ainda é pouco trabalhada, estudada e pesquisada nas sociedades capitalistas, haja vista que estas também cultuam a juventude, a beleza, o corpo escultural, o novo, em detrimento ao velho, e por considerarem os velhos como peças descartáveis no processo da produção e reprodução do capital, como se esses fossem engrenagens que não servem mais para a acumulação de riquezas, por não serem mais belos e por não produzirem, conforme as exigências e os desejos das grandes corporações ou empresas, ou seja, por serem vistos não mais produtivos para a enorme máquina do Capital globalizado. (FLORES SOBRINHO; OSÓRIO, 2021, p. 180).

Assim, a cultura de que tratamos até aqui se refere à perspectiva macroestrutural, que, por sua vez, pode influenciar a ocorrência do fenômeno do ageísmo no nível mesoestrutural (organizações, instituições) e microestrutural (sujeito x sujeito) (ARAÚJO et al., 2022).

Dentro da perspectiva mesoestrutural que dá origem ao ageísmo (AYALON; TECH-ROMER, 2018) está a família, e estudos mostram que o grau de ageísmo está associado à frequência e qualidade do contato com pessoas idosas. Quanto menos frequente o contato com esse público e quanto mais negativo a qualidade do contato, mais grave é o grau de ageísmo (HWANG; KIM, 2021).

Ademais, pode-se dizer que os profissionais de saúde com experiência anterior de trabalho com pessoas idosas apresentam atitudes mais positivas ou menos discriminatórias em relação aos idosos (POLAT et al., 2014), o que repercute na cultura familiar de valorização ou não da pessoa idosa.

Uma revisão sistemática sobre os determinantes do ageísmo identificou que a qualidade do contato com pessoas idosas e a apresentação positiva ou negativa de pessoas idosas a outras pessoas emergiram como os determinantes mais robustos do preconceito de idade (MARQUES et al., 2020).

A despeito de todos os elementos discutidos até aqui, não podemos deixar de ressaltar que a cultura em que vivemos na sociedade capitalista é aquela que eleva o capital, a mais-valia, o lucro e a produtividade. Portanto, a perspectiva cultural do envelhecimento e da velhice é atravessada por essa lógica perversa que desvaloriza aqueles e aquelas que não produzem lucros e capital.

Se, de um lado, o envelhecimento humano e populacional representa um avanço da sociedade, da medicina e da saúde pública, aliado a uma nova cultura de respeito às diferenças, assegurada por direitos e políticas públicas, por outro lado, esse avanço é encarado como um estorvo ao crescimento econômico e fortalece lógicas contrapostas – do lucro e das necessidades humanas – inerentes ao capitalismo (MENDONÇA et al., 2021).

Dessa maneira, a rejeição dos aspectos próprios da velhice recebe influência direta da visão que a sociedade e a cultura estabelecem sobre o envelhecimento e de todo o conjunto de padrões, exigências e valores que rege o mundo contemporâneo (TEIXEIRA et al., 2016).

Antecedente: conhecimento científico insuficiente dos profissionais de saúde

A insuficiência de conhecimentos científicos por parte dos profissionais da saúde se evidencia neste estudo pela escassez de formação adequada e ausência da qualificação geronto-geriátrica, conforme fragmento abaixo:

Eu acredito que muitas dessas situações surgem devido à baixa especialização em geriatria. Não é uma especialização que é muito difundida entre os profissionais, então muitas situações eles encaram exatamente como se já fosse final de vida. [...] então muitas vezes não detém um conhecimento referente a esta fase da vida da pessoa, então ele não sabe como é que vai intervir. (P3_E).

Sobre este item, uma análise multivariada mostrou que o conhecimento dos médicos sobre avaliações geriátricas – conhecer e usar as avaliações instrumentais de vida diária, exames geriátricos específicos e considerar o estado nutricional – os influenciou a tomarem decisões importantes em favor da saúde do paciente (PROTIÈRE et al., 2010), assim como o conhecimento das bases fisiológicas, farmacológicas e psicossociais (BOUMAN; ARCELUS, 2001), além de receberem programas de treinamento de alta qualidade e baseados em evidências para trabalhar efetivamente com essas condições que envolvem a saúde das pessoas idosas (RABABA et al., 2020).

Evidencia-se que, para os jovens estudantes de Medicina, tratar um número alto de pessoas idosas com doenças crônicas é menos atraente do que curar jovens com doenças agudas. Portanto, a falta de formação em geriatria e a escassez de exemplos

práticos durante a formação contribuem para o baixo interesse dos estudantes nessa área do conhecimento (MUÑOZ, 2020).

A escassez de conhecimento científico sobre a área geronto-geriátrica leva ao desconhecimento de peculiaridades do processo de envelhecimento e velhice – componente do ageísmo apresentado e discutido na fase teórica –, interferindo na qualidade do cuidado percebido. Pesquisa de Van Wicklin (2020) mostrou que pessoas idosas ficavam ainda mais vulneráveis quando recebiam atendimento nos departamentos de emergência, porque os enfermeiros não possuíam habilidades específicas gerontológicas para cuidar adequadamente desse grupo etário.

Rababa e outros (2020) avaliaram a associação entre nível de conhecimento e atitudes de enfermeiros sobre o envelhecimento e identificaram que, à medida em que os(as) enfermeiros(as) se tornam mais qualificados, o conhecimento científico aumenta e esses profissionais desenvolvem menos atitudes negativas em relação às pessoas idosas, mostrando menos preconceito de idade.

Quando questionada sobre as causas do ageísmo, a participante abaixo citou, dentre outros elementos, a falta de conhecimento como precipitador deste fenômeno:

Sendo muito sincera... falta de conhecimento de uma parte. Acho que às vezes a falta de atenção e conhecimento pode influenciar. [...] Eu concordo plenamente que às vezes a falta de conhecimento, atenção e do cuidado, né, de um critério maior possa estar prejudicando a assistência desse paciente. (P12_M).

Em um estudo descritivo realizado com estudantes de Enfermagem do terceiro ano de uma escola de enfermagem na Espanha, compararam as atitudes sobre pessoas idosas antes e após a conclusão de um curso educacional sobre envelhecimento. Os pesquisadores constataram que, antes do curso educacional, os alunos tinham uma percepção negativa das pessoas idosas (62%), apesar de terem cuidado deles durante os primeiros três anos de sua experiência clínica. Após a conclusão do curso, as percepções negativas foram significativamente reduzidas (12,3%), demonstrando que a educação sobre o processo de envelhecimento e os cuidados com os idosos pode ajudar a reduzir o preconceito de idade e os estereótipos negativos das pessoas idosas (SARABIA-COBO; CASTAÑEDO PFEIFFER, 2015).

O ageísmo inconsciente é relatado na literatura e é considerado mais prejudicial do que o ageísmo consciente, pois pode fazer com que os profissionais de saúde atribuam

erroneamente sintomas específicos da doença como alterações normais associadas ao envelhecimento fisiológico (LEE et al., 2020).

Assim, o conhecimento científico acerca das especificidades do processo de envelhecimento e da velhice pode contribuir para a desconstrução de mitos e estereótipos e estimular a funcionalidade das pessoas idosas. Por meio dos conhecimentos sobre as bases fisiológicas e patológicas do envelhecimento, funcionalidade ou avaliação da multidimensionalidade das pessoas idosas, é possível contribuir para que os profissionais baseiem sua atuação nas evidências científicas e não a partir de estereótipos e preconceitos de idade. Além disso, conhecer as especificidades da velhice, bem como refletir criticamente sobre o tema e suas nuances no contexto da sociedade capitalista, pode contribuir para uma formação de profissionais que reconheçam a presença do fenômeno, mas que, por meio de uma postura autocrítica, sejam capazes de se autovigiar e minimizar as manifestações e consequências do ageísmo nos serviços de saúde. Mesmo diante das diversas culturas organizacionais manifestadamente ageístas, o conhecimento científico é capaz de suscitar debates e práticas de cuidado mais humanizadas, com foco na individualidade e especificidade das pessoas a serem cuidadas.

Antecedente: sobrecarga de trabalho

Quando questionadas sobre as causas das situações que denotam preconceito de idade, duas participantes pontuaram a questão da sobrecarga de trabalho, conforme consta nos fragmentos a seguir:

[...] está atrelado também à sobrecarga do trabalho. (P7_E).

E aí dependendo de como o profissional tá, sozinho, tá ali sozinho, ou às vezes com duas pessoas, o hospital e a enfermaria lotada e tendo uma pessoa enchendo seu saco por mais controlado que seja perde o controle. [...] é uma sobrecarga muito grande de trabalho aqui. A carga horária é uma carga horária boa, só que muitas tem 2, 3 empregos. Então isso pode afetar também na questão dessa troca de profissional e paciente. Eu acho que isso é algo bem relevante. (P11_E).

As participantes citam que a sobrecarga de trabalho que as enfermeiras vivenciam ao assumirem múltiplas jornadas de trabalho pode atuar como antecedente do ageísmo direcionado a pessoas idosas. Esse achado é corroborado por outros estudos que ratificam

que as enfermeiras sentem que cuidar de pessoas mais velhas aumenta sua já alta carga de trabalho, fazendo com que, por esse motivo, o cuidado seja avaliado como um ofício de baixa prioridade (VAN WICKLIN, 2020).

Estudo sobre tratamento inadequado a pessoas idosas na Noruega também evidenciou que estas recebiam frequentemente baixa prioridade para os cuidados básicos de enfermagem, algo que era causado pela pressão do tempo e do orçamento, sendo considerado, inclusive, uma prática normal (SKIRBEKK; NORTVEDT, 2014).

Os resultados deste estudo evidenciam que a sobrecarga de trabalho faz com que os profissionais de saúde não priorizem o cuidado às pessoas idosas, revelando atitude ageísta, ao considerarem apenas o critério da idade para a escolha de quem deve ser cuidado ou não. Ressalta-se que a sobrecarga de trabalho é apenas um componente dos antecedentes do ageísmo e que existem as exceções dentre os profissionais que, mesmo sobrecarregados, não desempenham atitudes ageístas.

A não prioridade das pessoas idosas para os cuidados em saúde significa que a discriminação de idade pode refletir-se na prática clínica e na tomada de decisões dos prestadores de cuidados em saúde (WYMAN; SHIOVITZ-EZRA; BENGEL, 2018).

Além disso, outro estudo mostra que a preocupação com a demanda de trabalho motiva o profissional de enfermagem a utilizar estratégias para agilizá-lo, adotando atitudes impróprias que induzem à dependência, não sendo o mediador das atividades e sim o executor (MENEGUIN; BANJA; FERREIRA, 2017). Quando os profissionais de saúde têm tempo limitado, aumenta-se a tendência de estereotipar pacientes mais velhos e não prover os cuidados necessários (MARQUES et al., 2020), como é o caso dos trabalhadores com sobrecarga de atividades.

Antecedente: falta de empatia

Os participantes, tanto profissionais da saúde quanto as pessoas idosas, relataram que a falta de empatia atua como antecedente do conceito de ageísmo direcionado a pessoas idosas em serviços de saúde.

Eu acho que o que leva esse preconceito... talvez a vivência de cada um, às vezes não se colocar no lugar do outro. (P10_E).

Eu acho mais assim que a pessoa tem que se colocar no lugar do idoso, porque o idoso tem muito a ensinar, tem muito a dar de si. (P12_I).

Eu falo por mim mesma, às vezes eu saio com meu pai na rua pra caminhar e fico impaciente porque ele vem caminhando devagar. Então eu tenho que parar e absorver que ele tá caminhando menor por causa da idade e n fatores. [...] Eu acho que é mais... entender a empatia, que é se colocar no lugar do outro naquele momento, naquele processo da vida. (P5_M).

Empatia é um termo usado para descrever uma variedade de fenômenos psicológicos. Abrange sentir preocupação por outras pessoas (criando uma motivação para ajudar ou cuidar delas), experimentar emoções que combinam com as emoções de outro indivíduo, saber o que o outro está pensando ou sentindo e confundir os limites entre o eu e o outro. No entanto, esses elementos não pertencem exclusivamente à seara da empatia (DECETY, 2020).

Ao contrário do que parece ser, a empatia é um processo intelectual e comportamental ou uma atitude que pode ser aprendida e aprimorada durante a vida, atrelada à inteligência emocional, passando a ser um dos domínios das habilidades de comunicação (BATISTA; LESSA, 2019).

A empatia apresenta três componentes: o compartilhamento emocional, que é um componente afetivo através do qual o observador compartilha os estados emocionais de outros; a tomada de perspectiva, um componente cognitivo que contribui para a capacidade de raciocinar sobre os estados mentais de outras pessoas e adotar explicitamente as perspectivas de terceiros; e a preocupação empática, outro componente cognitivo, que envolve o gerenciamento sobre a intensidade das reações e o tipo de resposta a ser manifestado frente à situação. Esta última é caracterizada por sentimentos de carinho, preocupação e cuidado pelo outro, bem como uma forte motivação para melhorar o bem-estar do outro (DECETY, 2020).

O estudo de Decety (2020) revela que um médico que estabelece uma relação de confiança, tranquiliza seu paciente e expressa simpatia não apenas melhora a sensação subjetiva de bem-estar do mesmo, mas também reduz seu nível de estresse, diminuindo a resposta do sistema simpático e aumentando a do sistema parassimpático, que, pela secreção de acetilcolina, promove calma e relaxamento ao reduzir a frequência cardíaca e a pressão arterial. O sistema nervoso autônomo está conectado com o sistema endócrino. A ação deste último, sobretudo no tocante à liberação de ocitocina, tem efeitos antinociceptivos e de antiestresse, favorecendo o vínculo e a confiança entre as pessoas.

Assim, a ausência da empatia nesta análise do conceito pode ser precipitadora de atitudes mediadas por estresse, ansiedade, estereótipos, preconceitos, discriminação de idade e comportamentos que desconsideram os componentes afetivos e emocionais das pessoas idosas e seus familiares (THOMPSON et al., 2019).

Estudo realizado com estudantes de Medicina mostrou que estes não reconhecem e nem identificam momentos de ensino relevantes durante a formação sobre empatia e, quando os mencionam, fazem uma relação mais com a teoria do que com a prática médica. Além disso, têm a percepção de que a empatia é muito mais uma questão de atitude do que uma habilidade que pode ser aprendida como essencial para o ato médico (BATISTA; LESSA, 2019). Já na área da Enfermagem, graduandos possuem grau de empatia acima da média, o que demonstra um passo importante para que, quando profissionais, tomem decisões, busquem analisar as diversas perspectivas de determinada situação e tenham flexibilidade interpessoal, altruísmo e sensibilidade afetiva (MENDES et al., 2021).

Isso posto, faz-se necessário que o ensino da empatia seja transversalmente inserido na aprendizagem das habilidades de comunicação não só dos estudantes de Medicina e Enfermagem, mas de todos da saúde, de forma que esse conceito seja entendido como essencial para um cuidado efetivo a ser avaliado em todos os momentos da formação (BATISTA; LESSA, 2019). Ora, quem não morrer irá envelhecer, e isso significa que a forma como as pessoas idosas são tratadas hoje no contexto da saúde pode significar a maneira como nós seremos tratados no futuro. Estimular, ensinar e praticar a empatia com as pessoas idosas, quando possível, significa estimular atitudes positivas, modificar a cultura das mesoestruturas e promover um cuidado mais sensível às necessidades desse grupo etário.

O preconceito de idade cria desigualdade social, semelhante às desigualdades decorrentes de gênero, raça, pobreza e orientação sexual. Uma imagem mais matizada do preconceito de idade pode ser alcançada olhando-se para vários mecanismos juntos, em vez de apenas focar em um fenômeno isolado (ANDRADE et al., 2019).

Um estudo sobre avaliação da satisfação de usuários idosos na APS encontrou na dimensão “empatia” escores elevados de insatisfação no que tange ao conhecimento da equipe sobre os problemas de saúde e das necessidades dos usuários idosos (ANDRADE et al., 2019).

Assim, os antecedentes do ageísmo dirigido a pessoas idosas, em alguns casos, ao interseccionarmos com sexo, minorias de cor/raça, deficiência, orientação sexual,

condições econômicas e sociais desfavoráveis ou com baixa escolaridade, ou ainda com outras condições estigmatizantes, podem se cruzar e produzir efeitos deletérios para as pessoas vítimas do preconceito (MUÑOZ, 2020).

CATEGORIA 2: Os atributos empíricos do desenvolvimento do conceito do ageísmo direcionado a pessoas idosas em serviços de saúde

Nesta categoria, a análise dos dados permitiu a identificação dos atributos do ageísmo. Assim, esse fenômeno é expresso no contexto dos serviços de saúde a partir de: estereótipos e preconceitos, rotulação, desrespeito à autonomia das pessoas idosas e infantilização.

Atributos: estereótipos e preconceitos de idade

Estereótipos de idade são as percepções que se tem a respeito das pessoas idosas. O preconceito, por sua vez, refere-se ao que se sente sobre as pessoas idosas.

Nos serviços de saúde, um desses estereótipos citados pelas pessoas idosas foi o de que “as pessoas idosas dão trabalho aos profissionais da saúde”, ou seja, tem-se uma percepção de que essas pessoas são debilitadas e dependentes, o que gera o preconceito de que o processo de cuidado pode ser desgastante e extenuante. A percepção de que as pessoas idosas sobrecarregam os profissionais é destacada no fragmento a seguir:

É isso... realmente acontece. Se no setor acontece de: se tem 5 idosos e 5 jovens e aí vamos distribuir, então, logicamente que as pessoas vão querer ficar com os mais jovens que dão menos trabalho. [...] Eu acho que, como profissional, a gente pensa no tempo, no desgaste, sobrecarregado... (P10_M).

O estudo de Van Wicklin (2020) mostra que, além do estereótipo de que o cuidado à saúde de pessoas idosas é cansativo, há uma falta de prestígio associada ao cuidado, o que foi demonstrado por comentários com conotações negativas sobre pessoas idosas durante a escrita de relatórios de enfermagem.

A imagem de que as pessoas idosas não têm capacidade cognitiva preservada foi relatada por profissionais e pessoas idosas. Os profissionais da saúde, nesse sentido, relataram que não desejam atender pessoas idosas desacompanhadas, o que evidencia

preconceito de idade baseado no estereótipo de que elas não compreendem informações repassadas:

Realmente, eles vêm sozinhos, eles ficam perdidos principalmente que é da quimio e da radioterapia... que dia que vem para a radio, que dia que vem para a quimio. E assim, eles não têm um grau de compreensão e eles também não têm uma pessoa para ajudar. (P2_E).

Talvez tenha um preconceito no sentido de [a pessoa idosa] não ser entendido, pela dificuldade e pela idade, não querer saber mesmo [sobre a doença], aí pede para voltar com acompanhante. Eu tenho pacientes mesmo que chega aqui e fala assim: “Ah, doutora o médico nem olhou na minha cara, ele não me explicou isso não, o que eu tenho, que mudou minha medicação”, aí volta para eu explicar uma coisa que era de outro médico, entendeu? (P5_M).

A maioria dos enfermeiros e médicos acreditavam que a capacidade mental, as habilidades de aprendizado e a memória diminuam em adultos mais velhos, indicando algum nível de preconceito de idade presente (VAN WICKLIN, 2020). Outros estudos corroboram esses achados: para enfermeiros e médicos, pessoas idosas possuem habilidades mentais diminuídas, o aprendizado e a memória limitados, são fracas, dementes, intolerantes e inflexíveis, doentes ou deficientes (POLAT et al., 2014; SCHATZ et al., 2018).

As pessoas idosas têm convicção de que a sociedade as percebe com saúde frágil, conforme relatado pelas participantes pessoas idosas:

Às vezes vê o idoso como uma pessoa que não tem serventia, vamos dizer assim, uma pessoa que já está neutralizada, ah, aquela pessoa ali não tem mais... (pausa) (P12_I).

Eu não sei bem dizer como isso acontece, mas eu acho que seja por conta de achar que já é idoso, por ser mais velho não tem mais como desenvolver algo. (P7_I).

As pessoas idosas são vistas como menos competentes, sem criatividade e, geralmente, desinformadas sobre tecnologia e mídias sociais. Esse tipo de representação estereotipada de adultos mais velhos pode ser prejudicial a qualquer grupo de indivíduos, mas quando os enfermeiros e médicos exibem atitudes negativas, pode ser também prejudicial física e emocionalmente (VAN WICKLIN, 2020).

Mesmo quando existe uma tentativa de evitar os estereótipos, por vezes eles aparecem de forma sutil e velada. Estudo mostrou que a imagem positiva da população

idosa foi associada a pessoas que se mantêm ativas e, segundo as falas dos participantes, permanecem jovens até a velhice (JIMÉNEZ-ETXEBARRIA; ALBONIGA-MAYOR; BERNARAS ITURRIOZ, 2022). De forma explícita ou não, o ageísmo perpassa pelas relações sociais, produto da cultura e dos valores, e quando é demonstrada a imagem de uma velhice feliz e saudável, esta é associada à imagem de um sujeito jovem, o que revela negação dessa fase da vida e uma rejeição aos sinais físicos que surgem em decorrência da senescência e ao que ela representa:

[...] eu acho o seguinte, o idoso quando ele não tem... na verdade, na verdade, a velhice já é algo ruim para eles, porque eu tô acompanhando por causa da minha mãe. Minha mãe às vezes olha no espelho e fala, é, já tô velha, não tô mais velha, já tem essa questão, poxa, eu estou ficando mais perto da morte, abala o psicológico do idoso, entende? Ele tem que realmente fazer um acompanhamento, atividades... (P4_E).

Às vezes as pessoas têm dificuldade em dizer as coisas para a gente. Falam “é assim mesmo, a senhora já tá na idade, tudo vai aparecendo, os problemas”, tudo com a gente é mais difícil pra gente de cuidar, aí vai passando o tempo e a gente vai ficando, aí quando vai cuidar daquilo ali já passou até do tempo né? (P6_E).

Eu vejo como se o paciente idoso fosse visto já como paciente em final de vida. (P3_E).

Os motivos seriam pela questão da idade mesmo em si, pelo tempo provável, o tempo estimado da vida do paciente né? O paciente mais idoso teoricamente, esse período seria menos. (P12_M).

A gente chega a uma certa idade que só tem doenças crônicas. (P6_E).

O estereótipo de que velhice é sinônimo de doença recentemente foi tema de debates públicos. Em sua última revisão, a *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde* (CID) CID-11, sistema codificado de causas de doença e morte, utilizou o termo velhice como “períodos geriátricos inicial e final”, implicando a medicalização dessa fase da vida, o que gerou polêmica.

Embora na velhice haja maior prevalência de doenças e incapacidades, equiparar essa fase da vida com as doenças e agravos de saúde que nela podem surgir, mesmo quando muito frequentes, é uma mistificação e um equívoco, visto que tal fase é heterogênea e pode ser vivida plenamente e de forma saudável (CANO-GUTIERREZ et al., 2021). Usar a terminologia “velhice” para classificar doenças comuns dessa fase da

vida fortalece os estereótipos e preconceitos de idade e estimula a discriminação nos serviços de saúde.

Há uma tendência de se associar pessoas idosas com suas comorbidades e assimilá-las com sujeitos com menor tolerância ao tratamento – mais próximos, portanto, da doença e da morte (PROTIÈRE et al., 2010), como se isso fosse regra para todas as pessoas idosas.

Logo, é imprescindível alterar, ou pelo menos matizar, o item “velhice” do CID-11, para que não se perceba essa fase como um sintoma de doença ou como um sinal do resultado clínico anômalo, como sugere a classificação. Deve-se, no caso, utilizar outros termos que refletem o estado de envelhecimento patológico (CANO-GUTIERREZ et al., 2021), numa tentativa de desmitificar a percepção de que velhice é doença.

A literatura revela que elogios do tipo “a senhora não parece ter essa idade”, “está parecendo uma menina” ou “quero envelhecer como um jovem” representam uma negação da velhice, ao passo que, para ser saudável, é necessário se aproximar das imagens da juventude. Isso é chamado de ageísmo compassivo ou positivo (GOLDANI, 2010): quando comportamentos benevolentes são direcionados às pessoas idosas, independentemente de seu desejo de serem ajudados (CHASTEEN; CARY, 2015).

Atributo: rotulação

A aplicação de rótulos é uma característica do estigma. As pessoas estigmatizadas têm como referência atributos como “depreciativo”, “desacreditado” e que se desvia da “normalidade” (GOFFMAN, 1982). Quando se trata da velhice, esses rótulos se relacionam com os aspectos culturais de uma determinada sociedade, como já discutido no tópico dos antecedentes do conceito. Na presente pesquisa, os rótulos associados às pessoas maiores de 60 anos em serviços de saúde estão expostos nas falas abaixo:

[...] a gente vai ficando mais velho e vai ficando menos tolerante. (P1_M).

O idoso em si às vezes ele fica mesmo arredo é... nega, é, revida... Ele queria ir embora de qualquer maneira e aí ele... A questão da idade também, a pessoa fica meio ranzinza né (risos). [...] Eles são verdadeiros, por isso que às vezes eles levam muita fama de reclamão, de ser ranzinza. (P11_E).

A primeira palavra que surge é fragilidade, certo? (P3_E).

Que ele vê “poxa, ficando velho, imprestável”. (P4_E).

Eu acredito que sim, porque idoso é praticamente indefeso né. (P8_I).

O comportamento desviante de quem é rotulado se manifesta em distintos grupos, tais como homens em tratamento hemodialítico, cujas marcas são de incapaz, inútil, desinteressado, descuidado e preguiçoso; pessoas que vivem com condições crônicas transmissíveis; pessoa com deficiência física que permanece até a velhice, traduzindo-se em identidade deteriorada, isolamento social e ausência de perspectivas. Tudo isso contribui para uma experiência negativa na velhice (CAPISTRANO et al., 2022).

Os indivíduos estigmatizados podem tentar corrigir a sua condição de maneira indireta, dedicando um grande esforço individual para corrigir os “defeitos” que são determinados pela sociedade (GOFFMAN, 1982). Assim, as pessoas idosas tentam superar esses rótulos pejorativos através da negação da velhice, da renúncia de direitos e deveres e da busca pelo envelhecimento saudável, muitas vezes em uma tentativa de se dissociarem das marcas negativas do envelhecimento.

Isso pode ser observado desde a década de 1930, mas que se consolidará ao longo do século XX, quando começa a se pregar uma educação não escolarizada centrada no comportamento virtuoso para a administração da velhice, promovendo uma responsabilização dos sujeitos pelo comportamento saudável. A conquista da longevidade seria difundida como um modo autônomo de viver a velhice com saúde, o que levaria a sociedade e o Estado a terem suas responsabilidades reduzidas em relação à velhice. Contudo, ao longo do século XX, houve também um aumento da expectativa de vida das populações, o que promoveu o crescimento de demandas sociais em relação a um “regime de cuidados” para as pessoas, gerando novos desafios e lutas políticas no âmbito das sociedades modernas, inclusive lutas de poder no campo cultural sobre a determinação dos melhores modos de viver a velhice (GOIS JUNIOR, 2020).

Os rótulos que as pessoas idosas recebem nos serviços de saúde são representações de um ageísmo que, por sua vez, ocasiona consequências deletérias para a população idosa em busca de cuidados de saúde.

Atributo: desrespeito à autonomia

Autonomia é a capacidade de tomar decisões e de gerir a própria vida. Quando está em debate a autonomia das pessoas idosas, constata-se que frequentemente ela é desrespeitada, em virtude dos estereótipos de incapacidade que permeiam a velhice e o envelhecimento. No relato de P5_M, transcrito a seguir, fica evidente esse desrespeito, no momento em que a profissional afirma que as pessoas idosas são melhor tratadas quando estão acompanhadas. É como se elas não tivessem capacidade de tomar decisões acerca das terapêuticas planejadas ou emitir opinião crítica a respeito da qualidade do atendimento. Em contraposição, quando vão acompanhadas à consulta, normalmente de pessoas mais jovens, ocorre uma mudança no atendimento por parte do profissional, que pode ter receio de ter seu atendimento julgado como ruim, de baixa qualidade, ou mesmo o profissional, ao se ver avaliado pelo acompanhante, é impelido a realizar um cuidado mais qualificado.

[...] o idoso que a gente percebe que tem uma certa independência, que ele vem pra cá sozinho, às vezes não se dá o tratamento, a atenção que se deve, e ele é mais respeitado quando ele vem acompanhado. Eu já percebi, acho que o medo de ser avaliado pelo parente, do acompanhante do idoso, eu não sei, muda a postura, porque às vezes pela idade ele acaba perdendo a credibilidade pelas pessoas, parece que ele não tem mais validade, digamos assim. (P5_M).

Querendo ou não, por mais que um idoso seja esclarecido, eu acho que ele tem que ter sempre um acompanhante. (P7_E).

O relato de P7_E revela a desconsideração da autonomia da pessoa idosa ao afirmar que, independentemente de qualquer coisa, o fato de ser pessoa idosa faz com que o médico só a atenda mediante a presença de um acompanhante, mesmo em se tratando de pessoas esclarecidas, com escolaridade alta, sem transtorno cognitivos e outros.

O desrespeito à autonomia é selecionado quando pessoas idosas são excluídas das discussões sobre seu estado de saúde e as opções de tratamento, visto que cuidadores, profissionais e familiares acreditam que a pessoa idosa não tem capacidade cognitiva, possui uma disfunção sensorial ou tem baixa alfabetização em saúde e, portanto, não é capaz de entender suas circunstâncias de saúde (SHIN et al., 2019). A pesquisa de Van Wicklin (2020), já citada neste trabalho, também revelou que médicos e enfermeiros preferiram receber informações sobre a pessoa idosa de parentes ou cuidadores e não

diretamente do paciente idoso, o que revela preconceito e desconsidera a autonomia da pessoa.

Outro estudo aponta que pessoas idosas se descobrem frágeis quando passam, entre outros, a ter que esperar, ter que se resguardar e ter que ser cuidadas, ou seja, não conseguem gerir suas próprias vidas de forma independente. A necessidade de cuidados de terceiros é vivenciada de modo difícil, mas os(as) entrevistados(as) insistem em investir na sua autonomia, ainda que conscientes da própria finitude, e descobrem-se sem apoio de políticas públicas de cuidado, vendo-se diminuídos(as) e hostilizados(as) pela sociedade (SOUZA; GIACOMIN; FIRMO, 2022), o que gera consequências em diversas esferas da vida das pessoas idosas, as quais serão discutidas na sequência deste trabalho.

Ademais, mesmo pessoas idosas independentes vivenciam o processo de cuidado ofertado pelo familiar mais próximo de maneira controladora e impositiva, além de muitas vezes perceberem que as ações dispensadas interferem em sua autonomia, autoestima e qualidade de vida (SANCHES et al., 2018).

Atributo: infantilização

O ageísmo positivo está relacionado à infantilização das pessoas idosas, podendo ser evidenciado através de outros adjetivos, tais como carinhosos, sábios, experientes, bons, amáveis etc. O relato a seguir apresenta um exemplo:

[...] é um público (as pessoas idosas) assim gostoso de você trabalhar, quem gosta né? É... trabalhar com idosos assim. Eles são carinhosos... Eu acho que tudo que você dá pra eles, eles retornam. (P11_E).

A vinculação da velhice à infância faz parecer que as pessoas idosas se tornam crianças e são objetos de infantilização, superproteção e paternalismo. Trata-se, novamente, de estereótipos de idade cujos sinais são rejeitados pelas pessoas idosas, mesmo tais imagens sendo veiculadas amplamente através das medidas do Estado e nas iniciativas sociais (JIMÉNEZ-ETXEBARRIA; ALBONIGA-MAYOR; BERNARAS ITURRIOZ, 2022). A Participante 11 ilustra em sua fala o estereótipo de que a pessoa idosa está na infância:

Eles falam muito o que eles pensam né, tipo criança. (P11_E).

Comentários desse tipo podem levar os profissionais a negarem informações sobre o estado de saúde a pessoas mais velhas (VAN WICKLIN, 2020). Em outras palavras, o ageísmo positivo pode incluir ações paternalistas que apoiam comportamentos negativos de idade, mesmo que pareçam ser empáticos. Por exemplo, segurar a porta para que pessoas idosas acessem determinados ambientes pode fazê-los se sentirem frágeis e dependentes, e buscar conselhos de adultos mais velhos por sua “sabedoria” também nem sempre é bem-vindo (RABABA et al., 2020).

Sabe-se que há comportamento etários que não são intencionais e são motivados por um desejo genuíno de fazer o bem. Mostrar compaixão, por exemplo, pode significar privar as pessoas de suas habilidades remanescentes, o que diminui seu senso de dignidade (BEN-HARUSH et al., 2017). Diante disso, faz-se necessário praticar a escuta qualificada e considerar as opiniões das pessoas idosas, garantindo sua autonomia.

CATEGORIA 3: Os consequentes empíricos do desenvolvimento do conceito de ageísmo direcionado a pessoas idosas em serviços de saúde

Os consequentes são elementos do conceito que dizem respeito ao que sucede o fenômeno. No estudo do ageísmo dirigido a pessoas idosas, os consequentes do conceito empíricos envolvem: a discriminação de idade, manifestada pela negligência do cuidado, acesso limitados aos serviços de saúde e assistência à saúde inadequada; desconfiança nos serviços de saúde; não adesão às condutas terapêuticas; violação dos direitos; impaciência; e sentimentos negativos e adoecimento mental.

Consequente: negligência no cuidado

Negligência é um tipo de violência que infelizmente costuma integrar a rotina das pessoas idosas. Ela ocorre quando são omitidos cuidados básicos para o desenvolvimento humano, podendo ou não estar relacionada ao próprio abandono, em casos extremos. A negligência no atendimento nos serviços de saúde foi relatada pelas participantes, conforme excertos abaixo (uma médica e três idosas):

Então você chega com um paciente idoso com um câncer, ele nem procurar saber se o câncer é curável, ou não é curável, “ah, mas ele já é idoso, não vai fazer nada”, então a gente ouve esse discurso direto na

clínica. E aí o paciente chega pra gente na UNACON e a família já vem inclusive pronta, “não precisa tratar, o médico tal...”, nossos colegas médicos fazem isso. Médicos da área geral. (P1_M).

Como eu vi nas policlínicas na época da pandemia, muitas pessoas achando, funcionários no geral, a direção dos hospitais, sei lá o quê, achando que o idoso tava lá jogado, não tinha mais... vamos dizer *é idoso mesmo, vai morrer*. Eu já vi casos assim, é idoso mesmo, vai morrer, então deixa lá, vamos tratar daquele que a gente sabe que vai sobreviver, não é assim. Entendeu? Não é assim, é um ser humano como qualquer outro, então o atendimento tem que ser igual a todos, principalmente o idoso. (P12_I).

Então por que esse idoso permanecer aqui? Então deixa aos pouquinhos aí até morrer, enquanto outros que têm um tempo maior de vida, de experiência, de fazer algo a mais, pode estar ali né, enquanto o idoso, que não tem mais jeito, vai ocupar o lugar de quem chega que possa ser que tenha uma vida melhor. (P7_I).

E deveria ser observado os idosos de outra forma de outra maneira, né? Com mais carinho, com mais atenção. E às vezes são jogados como nada. Sabendo que os idosos têm experiência de vida. Pode não ter sabedoria no doutorado, mas tem uma experiência de vida, vivida né? (P9_I).

O estudo de Van Wicklin (2020) sobre negligência e preconceito de idade encontrou que a primeira é construída na vida institucional, enquanto o segundo serviu como sua plataforma. Isso foi evidenciado pela população idosa sendo ignorada e não vista, pessoas acamadas e com deficiência cognitiva sendo tratadas como objetos, pessoas idosas sendo tratadas de acordo com uma rotina enrijecida e sem consideração por suas necessidades individuais, além de falha na execução de tarefas essenciais, levando à negligência física, e falta de comunicação com o idoso, levando à negligência emocional. O pesquisador descobriu que as instituições promovem a negligência à sombra do preconceito de idade, desencorajando a notificação de incidentes, permitindo que os profissionais de saúde tenham uma atitude de que as pessoas mais velhas “passaram da data de validade”.

A negligência apresentou-se como a queixa de maior frequência nas denúncias ao Conselho Federal de Enfermagem, sendo temas de processos: realizou procedimento que ofereceu risco de integridade física e moral; não monitorou o paciente durante atividade física; abandonou o plantão; checou a medicação, mas não administrou; não acompanhou o paciente durante o plantão; utilizou medicamento e dieta imprópria para uso (PEREIRA

et al., 2020). Pessoas idosas frágeis têm a percepção de que o cuidado recebido por profissionais de saúde é negligente (SOUZA; GIACOMIN; FIRMO, 2022).

A negligência foi evidenciada pelas pessoas idosas na presente pesquisa através da omissão dos cuidados necessários à sobrevivência das pessoas. Estudo mostra que pessoas idosas muitas vezes experimentam dificuldades no acesso a cuidados de saúde ou hospitalização devido à idade (PUNCHIK et al., 2021).

Consequente: acesso limitado aos serviços de saúde

Quando ocorre a exclusão ou o afastamento de determinados sujeitos de um objetivo, ou ainda de um algo desejado, diz-se que é a discriminação. Diante da não oferta das mesmas oportunidades para as distintas pessoas, o acesso a serviços e recursos torna-se limitado. Nos espaços de saúde, fica claro que uma das principais consequências do ageísmo, se não a mais grave, é a discriminação de idade. Os participantes relataram que a idade, isoladamente, exclui as pessoas idosas do acesso a serviços tais como leitos de hospital (especialmente UTI) e recursos da saúde, conforme evidenciado pelos relatos abaixo:

Aqui a gente vive uma realidade é... de como eu diria [pensativa] é até sofrido para quem está do outro lado na realidade, se deparar com isso né, como eu. A gente trabalha aqui em prol da regulação, a grande finalidade da UPA é transferir o paciente e é notório que o paciente mais jovem ele é transferido mais rápido. Não é um preconceito escancarado, mas é notório que um paciente mais jovem principalmente se for vaga de UTI né. (P13_E).

É a questão mesmo de... vamos supor, a gente vive um quadro muito de falta de leito no hospital, então eu vejo isso também que eles acabam priorizando... é... as condições clínicas, claro, o paciente, mas a idade conta muito para que esse paciente seja uma prioridade quando se existe apenas uma vaga e quando a gente tem mais de um paciente para poder ser internado. Então às vezes essa idade acaba influenciando muito numa internação de um paciente... uma prioridade no tratamento. (P2_E).

Eu, antes de trabalhar aqui, trabalhei na policlínica e a gente via muito da questão da regulação, a gente vê que quando é mais novo e tudo tem uma esperança maior de ser regulado e quando é idoso vai para o final da fila e não dão muita importância não. Eu já presenciei várias e várias vezes. Eu acredito que eles usam a questão de quem tem mais vida pela frente, não sei qual é o argumento que eles usam... para o mais novo ter uma prioridade maior do que o mais velho. (P6_E).

Eu acho que a gente tem que fazer o melhor pro paciente independente de ter 80 anos, 20 anos, 25 anos. A gente vê, eu acho que você também, como já é da enfermagem você sabe que quando é um paciente jovem, tipo, um acidente de moto um paciente de 20 anos, o povo faz tudo por aquele paciente. Quando é um idosinho de AVC... é diferente, você vê que é diferente. (P8_E).

A discriminação de idade na presente pesquisa foi manifestada pela não oferta dos recursos necessários para tratamento da doença, privando as pessoas maiores de 60 anos da oportunidade de lutar pela vida. Isso ocorre em grande parte das vezes com a justificativa de que as comorbidades minimizam as chances de sobrevivência.

Estudo mostra que as pessoas idosas experimentam dificuldades no acesso a cuidados de saúde ou à hospitalização devido à idade (SAIF-UR-RAHMAN et al., 2021), o que pode levar à abreviação da vida.

Perspectivas semelhantes foram discutidas em uma revisão sistemática do alcance global do preconceito etário, sendo a negação de acesso a serviços e tratamentos de saúde o aspecto mais pesquisado do ageísmo estrutural. Em 84,6% dos estudos, a idade ditou quem recebe determinados procedimentos ou tratamentos. Por exemplo, em um estudo com 9.105 pacientes hospitalizados, os prestadores de cuidados de saúde eram significativamente mais propensos a suspenderem tratamentos de suporte de vida de pessoas mais velhas em comparação com os mais jovens, após controlarem o prognóstico e as preferências de cuidados (CHANG et al., 2020).

O acesso limitado é uma forma de discriminação de idade que ocorre com a pessoa idosa, a qual, na maioria das vezes, não é contemplada pelas teorias de justiça distributiva. No entanto, dado o crescimento exponencial dessa população em todo o mundo, a segregação no acesso à assistência tem se acentuado, baseando-se na ideia preconceituosa de que essas pessoas utilizam mais recursos em decorrência de doenças e não contribuem tanto para o sistema de saúde, do ponto de vista socioeconômico, se comparadas aos mais jovens. Do ponto de vista bioético, o ageísmo manifesto no critério exclusivo da idade cronológica transgride tanto o princípio da dignidade humana quanto o da beneficência, pois limita o acesso a medidas potencialmente benéficas à pessoa (SOARES et al., 2021).

O ageísmo dirigido a pessoas idosas é perverso e fere os direitos constitucionais à saúde e à dignidade humana, além dos princípios do SUS de universalidade, justiça, igualdade e equidade.

Ainda do ponto de vista bioético, pode-se afirmar que qualquer tipo de discriminação na distribuição dos recursos sanitários é repreensível. Além de suprimirem a oportunidade de pessoas idosas se beneficiarem de medidas terapêuticas, restrições baseadas apenas na idade cronológica reforçam a discriminação a esse grupo e reduzem a vida de uma pessoa a números arbitrários, que desconsideram valores e escolhas. Assim, apesar de já haver diversas recomendações éticas visando protocolos mais justos de alocação de recursos, ainda é fundamental educar profissionais de saúde – não somente geriatras/gerontólogos – para reconhecerem o ageísmo institucional. Estender e aprofundar a discussão e o conhecimento sobre a pessoa idosa e suas particularidades é essencial para combater esse tipo de discriminação (SOARES et al., 2021).

Consequente: assistência à saúde inadequada

Ageísmo institucional remete às leis, regras, normas sociais, políticas e práticas institucionais que restringem injustamente as oportunidades e prejudicam sistematicamente indivíduos com base na idade (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2022). Na pandemia de COVID-19, de forma velada no meio social e em certas políticas de saúde, o ageísmo revelou-se por completo, seja na postura discriminatória da sociedade, ao rotular pessoas idosas como grupo de risco, seja nos protocolos de destinação de recursos, que utilizaram a idade cronológica como medida arbitrária para a tomada de decisão (SOARES et al., 2021), gerando assistência inadequada à população idosa. Os fragmentos a seguir retratam este elemento:

Você também tem uma outra coisa que são as comorbidades, então é mais uma coisa para o idoso ser desestimulado a tratar câncer, por exemplo. (P1_M).

Falam “é assim mesmo, a senhora já tá na idade tudo vai aparecendo os problemas”. Tudo com a gente é mais difícil pra gente de cuidar, aí vai passando o tempo e a gente vai ficando, aí quando vai cuidar daquilo ali já passou até do tempo, né? Porque não procura investigar o que a pessoa tem, o que a gente tem. (P6_I).

Paciente idoso que já tá aí, tipo, 40 dias na UTI, 30 dias na UTI, e aí... a própria equipe fala, “não sei porque está investindo tanto nesse vovozinho, nessa vovozinha se a gente sabe que não vai para lugar nenhum”, que ele não vai sair daqui, que a gente já sabe qual o destino dele, então isso aí a gente vê. (P8_E).

É... as comorbidades do paciente que talvez acredita-se que “ah, ele tem muitas comorbidades, não adianta nosso esforço” talvez. (P9_M).

A gente vê nas discussões dos casos quando precisa a necessidade de um leito. Um investimento que até que o pessoal chama... Que o pessoal até chama “investimento premium”, “investimento ouro”, “investimento prata”. Investimento... é... a gente observa isso mesmo por parte dos chefes, da chefia do protocolo, sempre a prioridade é... eles tendem a ter prioridade nos pacientes mais jovens, os pacientes idosos acabam ficando de escanteio nessa questão da prioridade do investimento e do atendimento em geral tanto em terapia quanto na propedêutica, diagnóstico e tudo mais. (P12_M).

Estudo mostra que a discriminação nos cuidados de saúde foi um dos principais motivos de insatisfação dos usuários dos serviços, em todos os aspectos da atenção prestada, sendo que, quando as pessoas tinham baixo nível socioeconômico, o problema se agravava (GOUVEIA et al., 2005).

Nos dados deste estudo, os participantes relataram que pessoas idosas que têm doenças como câncer sofrem duplamente a discriminação: pela idade e pela doença, o que é potencializado quando há limitação do acesso a serviços de saúde, conforme evidenciado abaixo:

Ou talvez não sendo leviana nas colocações, não ter tido a oportunidade de ter sido tratado de uma intercorrência, porque o paciente tem câncer mas ele é gente. (P1_M).

Então assim, infelizmente os pacientes oncológicos falam que, no geral, eles sofrem preconceito porque só é dizer em uma Unidade de Saúde... ir ao supermercado... em qualquer coisa dizer que tem um câncer, todo mundo tem medo, né, então eles acabam que ficam sem assistência realmente. Então se junta a idade... eu acho que já junta por ser uma pessoa idosa e junta o câncer, então assim, eles têm preconceito lá fora, mais ainda pela doença talvez do que pela própria idade. (P2_E).

Mas em um determinado momento, por ser idoso, a doença complica em muitos dos casos, principalmente em prontos-socorros ou clínicas médicas e eles já são encarados como pacientes que eles já se questionam “qual o limite que eu posso ir nesse paciente?”, então eles basicamente pegam um paciente, por mais que seja curativo, eles já encaixam no padrão por paciente paliativo. Se eles vão continuar um tratamento para curá-lo ou um tratamento para paliar a situação do paciente, para oferecer conforto e permitir uma partida de vida mais confortável e mais sadia com a família. Então em muito dos casos eles já enxergam, por mais que o paciente esteja bem, já encaixam o paciente como cuidado paliativo futuramente. [...] É a desassistência, o paciente e a família já começar a encarar o paciente como realmente final de

vida, por mais que, às vistas da especialização da oncologia, o paciente não se encaixe nisso. Então é um impacto da desassistência ao paciente e um impacto também à família. (P3_P).

Um estudo recente de Watt e colaboradores (2023) mostrou que o estigma do câncer era impulsionado por (1) crenças da comunidade sobre a origem do câncer, de que era infeccioso, causado por feitiço e um marcador do HIV; (2) as mudanças vivenciadas pelas pessoas com câncer, que incluíram perda de peso, queda de cabelo e presença óbvia de tumores, além de mudanças sociais e econômicas, que incluíram menos mobilidade, menos independência e uma capacidade reduzida de ganhar dinheiro e sustentar a si mesmas e às suas famílias (tais mudanças, devido ao câncer, atraíram atenção indesejada e negativa para os participantes e fizeram com que se sentissem excluídos de sua comunidade); e (3) expectativas do futuro para as pessoas com câncer que dizem respeito à expectativa de que o câncer é incurável e que as pessoas morrerão de sua doença, o que levou os participantes a se sentirem desconsiderados, descartados e sem futuro.

Assim, o estigma da doença associado à idade pode gerar uma assistência inadequada, cerceando as possibilidades das pessoas de serem tratadas com dignidade e acessarem os recursos necessários para uma sobrevida com a qualidade possível e os sofrimentos minimizados.

Superar os preconceitos/tabus que se relacionam ao diagnóstico do câncer requer dos profissionais a construção de espaços favoráveis ao cuidado respeitoso – individualidade, construção de vínculos e responsabilização, especialmente quando as pessoas acometidas são homens idosos que se deparam com os imaginários das masculinidades e que podem ser dificultadores da aceitação e adesão ao tratamento (SOUSA et al., 2022).

Consequente: desconfiança no serviço de saúde

As atitudes de ageísmo vivenciadas pelas pessoas idosas conduzem à perda de confiança no serviço prestado pelos profissionais e pelo serviço de saúde, conforme relatado a seguir:

Perdi a confiança. Como diz o médico, tem que tratar o paciente primeiro para depois a doença. (P5_I).

A pessoa fica desconfiada sem acreditar no profissional. (P11_E).

Tem uns que eu até encaminhado de volta e falam que não querem ir para aquela médica não, eles não criam o vínculo, tem a falta de confiança no serviço e às vezes a gente fica de mãos atadas aqui porque precisa de um atendimento com o especialista e eles não aceitam porque eles só têm confiança no serviço aqui do posto. (P5_M).

[...] e na maioria das vezes dissemina né, que aquele profissional é assim... que não volta mais, às vezes procura até a gerente, a coordenação, algum setor para dar queixa. (P7_E).

Estudo concluiu que experiências discriminatórias podem gerar falta de confiança no sistema de saúde para o usuário e criar barreiras de acesso que culminam em insatisfação (GOUVEIA et al., 2005), corroborando os relatos dos participantes da presente pesquisa.

A confiança parece desempenhar papel relevante na satisfação com cuidado recebido e as pessoas idosas avaliam positivamente os profissionais de saúde quando recebem atenção durante a consulta e são orientadas sobre suas doenças. Queixa como falta de atenção e diálogo durante as consultas, bem como ausência de acolhimento e cordialidade no cuidado, também foram elencadas como redutores da confiança das pessoas idosas nos serviços de saúde (TRINTINAGLIA; BONAMIGO; AZAMBUJA, 2022).

Atitudes negativas em relação aos idosos por parte da equipe médica podem ter um efeito impacto negativo na qualidade do atendimento (PUNCHIK et al., 2021) e podem gerar descrédito por parte dos usuários do serviços de saúde.

Consequente: não adesão às condutas terapêuticas

O tratamento preconceituoso e discriminatório baseado na idade proporciona a desconfiança e o descrédito nos serviços de saúde e, na sequência, o abandono de tratamentos por parte das pessoas idosas, como encontrado nos fragmentos dos participantes abaixo:

Acontece em muitas situações do paciente estar intercorrendo com sintomas e com queixas mais importantes e, por exemplo, como ele não consegue atendimento, em muitos casos “ah, não vou mais fazer o tratamento porque eu estou passando muito mal, prefiro ficar em casa”, já aconteceu isso também. Então pode acontecer do paciente perder a

confiança do tratamento promover o bem a ele e passar a acreditar que o tratamento está provocando mal e que ele não vai conseguir melhorar porque ele não consegue uma assistência nessas situações. (P3_E).

Aí chegava aqui sem querer voltar lá, aí ela desistiu mesmo do tratamento. (P6_E).

Aquele paciente que tá sendo maltratado, entre aspas, não vai querer sempre tá voltando no hospital para poder procurar ajuda. (P11_I).

Em consonância com as falas apresentadas que demonstram afastamento das pessoas nos serviços de saúde, estudo mostrou que os processos discriminatórios podem repercutir na oferta, na procura, no acesso e na qualidade do cuidado, resultando em piores condições de saúde desses grupos populacionais e perpetrando iniquidades (BRAGA et al., 2023).

De forma semelhante, para pacientes com condições crônicas graves, experiências discriminatórias podem reduzir o envolvimento com o sistema de saúde e, conseqüentemente, com a adesão a tratamentos. Portanto, compreender as experiências de discriminação na assistência à saúde e o monitoramento rotineiro das tendências são importantes para a prestação de assistência à saúde de qualidade (NGUYEN et al., 2018).

Ademais, somado às questões de gênero, raça/cor e escolaridade, o estigma em torno de algumas doenças representa uma barreira à aderência ao tratamento. É o caso da depressão, que, nas classes populares, costuma ser vista como “doença de rico” e não como um legítimo problema de saúde. Nesse sentido, um grande desafio para a equipe de saúde é quebrar essas barreiras culturais que prejudicam o cuidado e a adesão ao tratamento (SCHENKER; COSTA, 2019).

A participação da família é fundamental nos tratamentos que a pessoa idosa realiza, especialmente face às doenças crônicas. Para o gestor, nos casos em que é difícil implicar a família no cuidado, faz-se necessário um maior investimento na construção de um laço de confiança com a equipe. Outro ponto a se sublinhar são conflitos nas relações de cuidado, tanto em contextos nos quais as pessoas idosas não querem se sentir dependentes dos seus familiares quanto naqueles em que os familiares se veem obrigados a cuidar de seu idoso contra seu desejo e motivação (SCHENKER; COSTA, 2019).

Consequente: violação dos direitos

Os estereótipos e preconceitos acerca da velhice e do envelhecimento têm como consequência o desrespeito dos direitos das pessoas idosas. Historicamente, nas sociedades ocidentais, conforme já discutido, as pessoas idosas são desvalorizadas e vistas como inúteis, frágeis e incapazes. Esses estereótipos vão se fortalecendo não só nos espaços macroestruturais, mas também nos menores, como contextos familiares e comunidades. Para muitas pessoas, tais estereótipos são entendidos como verdades; como consequência, há deslegitimação dos direitos e degradação da dignidade humana.

A legislação que assegura os direitos e deveres das pessoas idosas é relativamente recente. Foi promulgada através da Lei nº 10.741, de 1 de outubro de 2003, e chamada de Estatuto do Idoso, representando uma grande conquista legal e jurídica, pois define com clareza os direitos e deveres e – o mais importante – tipifica os crimes e prevê punições para os agressores. Trata-se de uma conquista social, pois ratifica que nenhum sujeito deve ser alvo de violência e maus tratos ou de qualquer tipo de desrespeito, independentemente de idade, crença, raça/cor, escolaridade, gênero etc.

No Brasil, recentemente, o Congresso Nacional editou a Lei nº 14.423, de 22 de julho de 2022, e substituiu, em toda a legislação nacional, as expressões “idoso” e “idosos” pelas expressões “pessoa idosa” e “pessoas idosas”, respectivamente. A partir de então, o Estatuto do Idoso foi alterado para o Estatuto da Pessoa Idosa, em uma tentativa de reduzir os estereótipos e os rótulos que são associados à palavra idoso, cujo termo já estava em desuso nas publicações oficiais do governo federal e também junto à comunidade científica. A mudança da terminologia pode não trazer mudanças práticas a curto prazo para as pessoas idosas, mas é mais um passo em direção ao reconhecimento dos preconceitos e estereótipos de idade e à necessidade de efetivar as mudanças fundamentais para a redução desses fenômenos.

O estereótipo de que a velhice está associada à decrepitude é evidenciado através da violação dos direitos das pessoas idosas. A profissional cujo fragmento da fala está representado a seguir retrata o exemplo da imagem estereotipada de pessoa idosa de cabelos brancos, pele enrugada, uso de óculos e dificuldade de locomoção – e quem não se encaixa nesses estereótipos não é percebido como “pessoa idosa”, passando a ter seus direitos descumpridos:

Você falou aí agora e eu lembrei... minha avó foi fazer um atendimento em um determinado local em Salvador, quando ela chegou lá, pegou a ficha 4 e ela percebeu que estavam passando muitas pessoas na frente dela. Minha avó tem 72 anos, negra, e depois ela foi lá perguntar “eu sou ficha 4, por que está passando muita gente na minha frente? Qual foi o problema”? Aí a pessoa falou “não, é porque a gente está priorizando o idoso”, ela falou “mas eu tenho 72 anos”. Só que aparentemente, ela não parece ter essa idade, entende? Então muitas vezes também, é o físico da pessoa. Bem cuidada... ou então pele negra, que não mostra muito... a pessoa, às vezes, se engana. Mas está com o documento na mão. Talvez seja a forma de perguntar qual idade e tal. Pergunta só a idade, né. (P4_E, grifo nosso).

Nos serviços de saúde, os relatos dos participantes evidenciam a violação dos direitos das pessoas idosas ao atendimento preferencial, conforme demonstrado a seguir:

A pessoa ficar a vida toda sem ser atendida, ficar esperando a vida toda, outras vezes marcar a consulta e chegar lá o médico não está, essas coisas eu vejo muito, mas graças a Deus nunca passei por isso não (P1_I).

Tratamento é quando chegar, a pessoa ser atendida logo, fazer a ficha, é... não dar aquela amassada muito... é ser atendida logo. (P4_I).

Mas aí eu falo, mas o senhor não está grave. A classificação do senhor é verde, “ah, mas eu tenho não sei quantos anos de idade eu vou ter que ficar esperando”, infelizmente aqui não é por idade. (P13_E).

E quando estão vendo um idoso ali na fila, porque muitas vezes não sabem o direito deles, estão ali na fila, lá atrás, não chegam para o idoso e fala “não, pode vir para a fila de prioridade porque você é prioridade. Você está aí, mas não precisa”. As próprias pessoas que estão na fila poderiam fazer isso, mas isso muitas vezes não acontece, sabe? Por conversar com algumas pessoas a gente acaba sabendo o que acontece e já tiveram pessoas que já me contaram isso. “Poxa, a idosa ali na fila, fui lá e pedi para ela ir para a frente porque ela tinha prioridade e ninguém tomou atitude. Quando cheguei que eu vi aquela senhorinha ali, chega deu pena”. Aí eu falei “não, a senhora tem prioridade”. E ela: “não, precisa não, pode deixar”. Falei “não, mas a senhora tem prioridade, pode ir lá para frente, não tem problema” e o pessoal calado e ela ali na fila. (P4_E).

É, eu fui no centro médico, quarta-feira, hoje tá com 8 dias eu cheguei lá 8 horas da manhã fui fazer exame de vista, como é que você tem um órgão que atende muita gente e só tem um médico? Aí como é que a gente vai ficar? Aí não tem... ele não escolhe o direito do idoso, ali era para ter um médico para atender os idosos e um médico para atender a população, porque aquele órgão ali tem muito idoso também e pessoas que precisam da prioridade né? Aí não tem, a gente saiu de lá 12:40, cheguei em casa 1 hora da tarde, [...] então tá faltando um pouco de

respeito com o idoso que não tem, só fala, fala, mas na prática não tem. Entendeu? (P6_I).

Esses relatos demonstram que o direito à prioridade no atendimento, previsto no Estatuto da Pessoa Idosa, tem sido descumprido nos serviços de saúde. Vale ressaltar que a Lei nº 13.466, de 12 de julho de 2017, estabelece que os maiores de 80 anos terão preferência especial sobre os demais, exceto em casos de emergência (BRASIL, 2017).

Para a participante P13_E, o atendimento de urgência e emergência em UPA desconsiderou o critério de prioridade à idade como a condição clínica dos sujeitos que buscam atendimento. Entretanto, a forma como se transmite a informação para as pessoas idosas parece inadequada, uma vez que carece de maior explicação, ou seja, é necessário que a informação seja repassada por completo, deixando evidente que a pessoa idosa tem prioridade no atendimento. Por outro lado, sabe-se que, naquele tipo de serviço de saúde, por se tratar de setor de urgência e emergência, a condição clínica dos pacientes figurará como primeiro critério para a priorização no atendimento. Muitas vezes, a forma como se emite a informação, o tom de voz, as expressões faciais podem influenciar para que a interação profissional x pessoa idosa seja cordial e resolutive ou não.

O Estatuto da Pessoa Idosa foi, sem dúvida, um marco para a legitimação dos direitos e deveres dessa população. Embora seja razoavelmente disseminado, o seu conteúdo está mais presente em pessoas mais escolarizadas, de condição econômica elevada e/ou que sofreram discriminação em função da idade. Esse resultado pode indicar que as pessoas que sofreram discriminação buscaram conhecimento sobre seus direitos, de modo a alcançar punição para quem as desrespeitou e/ou evitar que novas ocorrências do tipo aconteçam (BOMFIM; SILVA; CAMARGOS, 2022).

O descumprimento dos direitos e deveres das pessoas idosas, especificamente no que tange ao direito de atendimento prioritário, é relatado por esse grupo não somente no contexto dos serviços de saúde, mas nas agências bancárias, supermercados, transporte coletivo, dentre outros, o que revela similaridade do desrespeito nas diversas esferas da sociedade, em cujas interações humanas os estereótipos e preconceitos de idade se fazem presentes.

Uma das participantes da presente pesquisa (P4_E) relatou que as pessoas idosas, em algumas situações (como em filas ou no transporte coletivo), por vezes não aceitam serem tratadas como prioridade, ou não cobram o cumprimento do direito ao atendimento

preferencial ou ao assento reservado, porque têm medo de serem hostilizadas, humilhadas e até violentadas.

A despeito de um movimento corrente de conquistas e retrocessos para romper com a imagem negativa da velhice e circunscrever a população idosa em um arcabouço jurídico-legal de direitos reconhecidos pelo Estado e pela sociedade, essas legislações e seu devido cumprimento sofrem constrangimentos para uma efetivação ampla e plural (BARROS; NEVES, 2022). Isso pode ser constatado não só nos noticiários da grande mídia, TV, internet, nas ruas e comunidades em que residimos, mas também nos variados estudos científicos sobre as facetas da violência contra a pessoa idosa (PAI et al., 2018; HENNING, 2020; MORAES et al., 2020; SANTOS et al., 2021).

Em suma, o desrespeito às pessoas idosas em serviços de saúde é consequência dos estereótipos e preconceitos de idade que pairam na sociedade e ratificam as imagens negativas e pejorativas da velhice.

Consequente: impaciência

Os participantes relataram que o ageísmo traz como consequência a falta de paciência por parte dos profissionais de saúde para com as pessoas idosas durante os atendimentos nos serviços. Essa impaciência pode ser evidenciada na rispidez da comunicação, na ausência de diálogo para com a pessoa idosa ou na dificuldade de esperar o tempo das pessoas de locomoção e fala.

A gente vê, por exemplo, o idoso quando chega em uma idade ele vai ficar mais lentificado em algumas situações e a gente com nosso tempo, dia a dia corrido, vai acabar perdendo a paciência para poder lidar com aquilo. Então eu vejo dessa forma. A gente não tá habituado. [...] Porque se fosse alguém instruído e também mais novo, eles teriam paciência e poderia explicar, entendeu? (P5_M).

Aí “quero falar com tu, quero falar com tu”, esse negócio de unidade de saúde da família tem isso de “quero falar”, aí temos que ser psicólogos 24 horas que a gente tem que ser e algumas vezes tem profissionais que não têm paciência ou disponibilidade, de tá todo dia disposto, disponível para esse “quero falar”, todo dia esse idoso, principalmente com idoso, que qualquer coisinha... [risos] aí eu já presenciei essas coisas, de não ter tempo e disponibilidade, e também aquele idoso que vem aqui todos os dias, todos os dias, que a gente sabe que não é por doença, que é por carência... (P6_E).

Porque às vezes o idoso tem aquela dificuldade na fala, às vezes vem sozinho, não vem com acompanhante, aí acaba repetindo sempre as mesmas coisas, aí tem profissional que acaba perdendo a paciência, aí as vezes eles sentem. (P7_E).

A gente chega se sentindo mal, [voz grossa] “espere”, como eu já vi, comigo mesmo não, mas já vi com amigas minhas, chegar com a pressão lá em cima, ficam “aguarde aí a médica está atendendo outra”, não pode, eu acho assim, poderia pegar a paciente botar na cadeira ou na maca, e ou menos verificar a pressão, e dizer assim, “aguarde um pouquinho”, não, falam [usa voz ríspida] “senta aí e quando a médica desocupar vai lhe atender”, eu acho isso um absurdo. (P2_I).

Afeta porque eu acho que tá desfazendo da pessoa, a senhora aqui, chega, dá um bom dia, ninguém lhe responde. (P2_I).

A impaciência é uma consequência do ageísmo e evidencia as falhas na competência cultural dos profissionais em lidar com a diversidade dos sujeitos e com pessoas de diferentes perfis socioeconômicos, etários e culturais, além da falta de compromisso com a integralidade da atenção à saúde de cada cidadão ou grupo social, independentemente de seus atributos individuais (BRAGA et al., 2023).

Van Wicklin (2020) mostra que cuidar de pessoas idosas, frágeis e dependentes pode ser exasperante para os profissionais da saúde, em virtude das impossibilidades de cura de algumas situações vividas pelas pessoas idosas. Registrou-se uma tendência das enfermeiras em sonegar informações, além do tom da voz, os maneirismos usados e a falha em fornecer informações – elementos que podem ter o efeito de marginalizar o paciente. A percepção das pessoas idosas de serem bem atendidas e tratadas diz respeito a conversar, explicar, mostrar interesse pelo seu problema de saúde e sua vida pessoal, ser atencioso, escutar e ter educação (LUBENOW; SILVA, 2019).

Na atenção primária à saúde, o ageísmo estrutural foi identificado principalmente na forma como os membros da equipe se comunicam com os adultos mais velhos e nas queixas de falta de gentileza ou necessidades não atendidas. Além disso, muitas demandas avaliadas pelos profissionais como “questões da idade” ou não tratáveis foram frequentes (MOTSOHI et al., 2020).

Assim, quando os profissionais da saúde manifestam sinais de impaciência para com pessoas idosas – por meio da ausência de escuta, desatenção, rispidez na comunicação, tratamento descortês etc. –, desvelam atitudes ageístas, face aos estereótipos da velhice e ao cotidiano de trabalho sobrecarregado, estressante e desmotivador.

Consequente: sentimentos negativos e adoecimento mental

Uma vez que o ageísmo direcionado a pessoas idosas é naturalizado e culturalmente aceito, a vivência desse tipo de preconceito deflagra nas pessoas vitimadas sentimentos negativos, tais como humilhação, baixa autoestima, inferioridade, vergonha, medo e menosprezo, tais como evidenciados nos relatos a seguir:

Estava com minha filha. A gente se sentia humilhada, porque como é que eles dá prioridade. (P13_I).

A própria discriminação tira esse direito do idoso e cada mente trabalha de uma forma, e isso pode provocar uma baixa autoestima, eu acho que desestimula então, eu acho que pode acarretar várias coisas né, dentro do... falando no contexto saúde mesmo. (P13_E).

O medo, que se ele sofreu em um serviço, qualquer outro lugar eu acho que ele vai também com essa cabeça... que ele vai sentir que ele vai sofrer. (P2_E).

De sentir, sente né. Ele se sente inferior e incapaz né, mas isso depende da cabeça de cada um. Às vezes quando eu vejo uma injustiça eu falo, entendeu? Não importa, mas eu falo. (P3_I).

A pessoa fica meio... meio zangada né, porque passou na frente, ele já tava ali, aquela pessoa já tava ali, aí chegou um jovem e deixou de atender aquele idoso para atender o jovem, mas... se é assim que a gente vive... a gente vai fazer o quê? Continuar vivendo assim até o dia que Deus permitir. (P4_I).

Ou seja, se ela tem prioridade, às vezes fica com vergonha, fica com medo de alguém falar algo com ela ou ser agressivo com ela. (P4_E).

Acabam se sentindo maltratado. (P7_E).

A família das pessoas idosas que são vítimas do ageísmo também sofrem consequências tais como sentimento de impotência, inferioridade e menosprezo, ao ver a pessoa querida vivenciar os atributos e as consequências dos estereótipos e preconceitos de idade, conforme pode ser observado no fragmento abaixo:

Ela, coitada, não podia nem responder, porque ela já não estava respondendo por ela. Mas a gente que está à parte e a gente que está ali todo dia com uma pessoa no estado desse no hospital, porque leucemia é uma doença terrível. E você se sente ali sem poder fazer nada. E aí nessas horas você se sente menor. Menor, porque ninguém está dando

importância. Porque você é responsável por aquela pessoa que tá ali, você que tem que responder por aquela pessoa que tá ali, você se sente menosprezada, deixada de mão, como se ninguém tivesse dando um valor merecido. Tanto você como a pessoa que tá ali passando por aquela situação. (P12_M).

Esses sentimentos negativos, por sua vez, repercutem na saúde mental das pessoas idosas através da depressão e de distúrbios do sono, que podem ser desencadeados ou agravados com a vivência do ageísmo.

E quando é negativo também né? É um impacto para o paciente né, eu acho que ele pode ser já uma pessoa que é deprimida ou que vai se tornar uma pessoa deprimida. (P11_E).

Em qualquer situação que a gente for assim mal atendido, a pessoa sente, fica magoada, sofre, fica até doente, porque essas coisas deixa a pessoa doente. E aí, o que é que acontece? Você passa por situações que você não esperava passar e aquilo deixa você, e o idoso tem aquela coisa de guardar na mente, aquela coisa que a gente fica com ressentimento daquilo que ouviu, daquilo que passou e tem que ter muita fé em Deus para que possa ir tirando aquilo do coração, porque deixa a pessoa preocupada mesmo quando você passa por alguma situação que não é agradável, o que a gente espera. (P9_I).

O aumento do adoecimento mental, por sua vez, gera mais demandas de saúde que necessitam de diagnóstico e tratamento adequados, conforme relato pela profissional abaixo:

Eu acho que o prejuízo que traz é a baixa autoestima, que acaba mexendo na saúde mental, que eles voltam com depressão, insônia, então acaba sobrecarregando o sistema com outras demandas que antes não existia, entendeu? [...] Acaba contribuindo também na saúde física. Ou chega com a pressão elevada por conta desse mal trato. (P5_M).

As consequências do ageísmo tornam-se ainda mais preocupantes quando se constata que as necessidades de saúde mental das pessoas idosas não estão sendo priorizadas devido à sua idade.

Airth e Oelke (2020) encontraram que os médicos de família frequentemente priorizam as avaliações de saúde física em vez dos exames de estado mental durante os atendimentos, o que reforça a crença de que a saúde mental descompensa naturalmente com o tempo, cuja atenção é, portanto, irrelevante. Os autores sugerem que a estigmatização tem implicações importantes para a saúde mental e física das pessoas.

Já Temple e colaboradores (2021), em uma pesquisa em nível populacional, mostraram que as pessoas idosas com problemas de saúde mental sofrem o dobro de discriminação em comparação com aqueles sem problemas dessa ordem, ou seja, uma das consequências do ageísmo é a repercussão negativa na saúde mental das pessoas idosas que, por sua vez, dobram as chances de serem discriminadas, o que alimenta um prejudicial ciclo de ageísmo x saúde mental.

Estudo recente realizado com pessoas idosas suecas mostrou que aqueles que percebiam atitudes negativas direcionadas a si aparentavam estar menos satisfeitos com a vida e tinham menor qualidade de vida mental e física. Sentimento de autocompaixão foi relacionado a maior satisfação com a vida; percepção de atitudes positivas e melhor qualidade de vida, relacionadas à saúde mental (BRATT; FAGERSTRÖM, 2023) – sendo, portanto, sentimentos que devem ser cultivados e valorizados.

As consequências do ageísmo na saúde física e mental das pessoas idosas também estão descritas na revisão de escopo realizada como parte deste trabalho científico.

Por autocompaixão entende-se uma postura amigável de um indivíduo para consigo mesmo, expressado por um ato gentil e empático para si. Níveis pouco significativos de autocompaixão estão geralmente associados a autocrítica, baixa autoestima e autocobrança. Em contraposição, os níveis mais elevados atuam na regulação emocional, levam ao aumento da aceitação e reavaliação dos sentimentos, emoções e comportamentos julgados como negativos (MEDEIROS et al., 2021).

Analisando sob uma perspectiva mais ampla, os sentimentos negativos e a dificuldade de se ter autocompaixão face ao ageísmo são fortalecidos pelo discurso de culpabilização dos sujeitos. Em outras palavras, os esforços que visam garantir um envelhecimento bem-sucedido e ativo dos processos patológicos que ocorrem na velhice podem ser vistos como um combate aos estereótipos negativos do envelhecimento. Entretanto, também podem ser vistos como preconceituosos, porque atribuem ao sujeito a responsabilidade pelo fracasso quando a máxima de “envelhecer com sucesso” não é alcançada, o que inclui grande parte da população de idosos (AYALON; TESCH-RÖMER, 2018). A falta de status socioeconômico, renda e riqueza é frequentemente considerada uma barreira para o acesso aos cuidados de saúde, especialmente em locais com poucos recursos. As minorias sexuais e de gênero, como indivíduos homossexuais e transgêneros, devem ser consideradas ao se explorar o preconceito de idade. Por fim, a

falta de tecnologia educacional pode ser também uma barreira de acesso aos cuidados de saúde para os idosos (SAIF-UR-RAHMAN et al., 2021).

8 Resultados: fase analítica final

Esta fase compreende a compilação, comparação e discussão dos dados resultantes da fase teórica e da fase empírica, sendo o produto final a apresentação do desenvolvimento do conceito, bem como a identificação de lacunas conceituais que direcionam a realização de outras pesquisas.

A implementação do modelo híbrido para melhor compreender o conceito de ageísmo direcionado a pessoas idosas em serviços de saúde se justifica pela possibilidade de conhecer o fenômeno e suas nuances dentro dos serviços de saúde, considerando aspectos envolvidos, manifestações e consequências.

A revisão de literatura, por sua vez, permitiu o aprofundamento teórico e o mapeamento de evidências acerca das manifestações do fenômeno. Os achados empíricos possibilitaram detalhar a sua presença nos serviços de saúde, com divergências e convergências abordadas em todo o processo de análise dos dados na fase de campo.

O Quadro 7 apresenta os antecedentes teóricos e empíricos do conceito.

Quadro 7 – Antecedentes teóricos e empíricos do ageísmo direcionado a pessoas idosas em serviços de saúde

ANTECEDENTES TEÓRICOS	ANTECEDENTES EMPÍRICOS
✓ Cultura	✓ Cultura
✓ Conhecimento científico insuficiente dos profissionais da saúde	✓ Conhecimento científico insuficiente dos profissionais da saúde
✓ Escassez de evidência científica	✓ Sobrecarga de trabalho
✓ Inexperiência no convívio	✓ Falta em empatia
✓ Sobrecarga de trabalho	

Fonte: Elaboração própria.

A análise dos dados mostra que os antecedentes que foram extraídos tanto na fase teórica quanto empírica foram a cultura. Os valores de uma dada sociedade estão relacionados à cultura; as normas, por sua vez, associam-se com as regras e protocolos. Na pandemia, por exemplo, o Chile criou uma normativa de que as pessoas idosas maiores de 70 anos estavam estritamente proibidas de saírem de casa, demonstrando o quanto uma norma pode ser ageísta.

Na fase empírica deste trabalho, os participantes pontuaram que a cultura, de forma geral, antecede o conceito do ageísmo e, portanto, converge em análise teórica e empírica.

Em ambas as fases o conhecimento científico insuficiente dos profissionais de saúde, evidenciado pela escassez na formação e qualificação profissional, foi extraído como antecedente do conceito. A escassez de evidência científica identificada através dos achados de que pessoas idosas são excluídas das pesquisas e ensaios clínicos impele profissionais da saúde a atuarem a partir de estereótipos de idade, constituindo-se, portanto, em antecedente do conceito.

A sobrecarga de trabalho dos profissionais foi encontrada em ambas as fases como antecedente, apontando que o profissional pode ser impelido a atuar com base em estereótipos e preconceitos de idade, dada a pressão do tempo, cobranças por produtividade e pela necessidade de priorizar a prestação de cuidados para as pessoas com demandas mais urgentes.

Inexperiência no convívio com pessoas idosas e entre diferentes gerações e falta em empatia foram identificadas, respectivamente, nas fases teórica e empírica. Nesta análise final, compreendemos que esses aspectos subjetivos estão intrinsecamente relacionados com a cultura de uma dada sociedade. Se a cultura é de respeito, solidariedade e cuidado para com as pessoas idosas, a tendência é que haja mais empatia entre as pessoas e convívios mais amigáveis e saudáveis.

Os atributos do desenvolvimento do conceito ageísmo direcionado a pessoas idosas em serviços de saúde estão dispostos no Quadro 8.

Quadro 8 – Atributos teóricos e empíricos do ageísmo direcionado a pessoas idosas em serviços de saúde

ATRIBUTOS TEÓRICOS	ATRIBUTOS EMPÍRICOS
✓ Estereótipos de idade	✓ Estereótipos e preconceitos de idade
✓ Rotulação	✓ Rotulação
✓ Desrespeito da dignidade e privacidade	✓ Desrespeito à autonomia
✓ Descréditos das queixas, habilidades e capacidades	✓ Infantilização
✓ Desrespeito à autonomia	
✓ Infantilização	
✓ Comunicação inadequada	

Fonte: Elaboração própria.

A comparação dos achados teóricos e empíricos mostra que existe um aprofundamento dos atributos do ageísmo nos estudos da literatura. Na fase das

entrevistas, foi constatado que houve, por parte dos participantes do estudo, uma postura defensiva quando era elucidado o tema da pesquisa.

Abordar o tema do preconceito e discriminação de idade em serviço de saúde nas entrevistas com os profissionais tornou-se tarefa delicada, uma vez que os participantes aparentavam receio em falar algo “errado” ou denunciar alguma prática que seria condenada na pesquisa. Isso foi uma limitação do estudo; para reverter este constrangimento e respeitar os princípios éticos, foi reforçado pela pesquisadora que o objetivo do estudo era atualizar um conceito e compreender melhor o que os participantes pensavam a respeito do tema, esclarecendo-se que o objetivo do estudo não era verificar se os profissionais eram ou não preconceituosos com a idade.

O aprofundamento dos atributos foi maior na fase teórica do que na empírica, e o detalhamento dos estereótipos de idade percebidos nos serviços de saúde foi maior nas entrevistas. Portanto, ambas as fases se complementaram.

A comparação dos consequentes do ageísmo direcionado a pessoas idosas em serviços de saúde está apresentada no quadro abaixo:

Quadro 9 – Consequentes do ageísmo direcionado a pessoas idosas em serviços de saúde

CONSEQUENTES TEÓRICOS	CONSEQUENTES EMPÍRICOS
PARA PESSOAS IDOSAS	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Discriminação de idade - Negligência no cuidado - Acesso limitado aos serviços de saúde - Assistência à saúde inadequada ✓ Desconfiança nos serviços de saúde ✓ Não adesão às condutas terapêuticas ✓ Desesperança ✓ Impacto na qualidade de vida ✓ Sentimentos negativos 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Discriminação de idade - Negligência no cuidado - Acesso limitado aos serviços de saúde - Assistência à saúde inadequada ✓ Desconfiança nos serviços de saúde ✓ Não adesão às condutas terapêuticas ✓ Violação dos direitos ✓ Impaciência ✓ Sentimentos negativos e adoecimento mental
PARA AS FAMÍLIAS	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Hipervigília e assimilação do cuidado ✓ Menos suporte psicológico 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sentimentos negativos
PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Falta de interesse dos profissionais em atuar na área da geriatria e gerontologia 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Impaciência

Fonte: Elaboração própria.

A análise comparativa dos consequentes mostra semelhanças entre os achados da fase empírica e teórica. Para as pessoas idosas, a principal consequência é a discriminação de idade, manifestada em ambas as fases pela negligência no cuidado, limitação no acesso aos serviços de saúde e assistência inadequada, o que fere princípios humanos básicos. Na fase teórica, a discriminação gera desesperança e sentimentos negativos, o que impacta na qualidade de vida das pessoas. Na fase empírica, além da discriminação de idade, as pessoas idosas passam a não confiar nos serviços de saúde; conseqüentemente, não aderem às terapêuticas sugeridas e têm sentimentos negativos e adoecimento mental. Ainda, têm seus direitos violados e sofrem as consequências da impaciência dos profissionais de saúde.

A análise da literatura e das entrevistas mostrou diferença nos termos encontrados. Não obstante, nesta análise final, podemos concluir que a discriminação de idade é real dentro dos serviços de saúde e que isso limita as chances de vida da pessoa idosa.

Para as famílias, a fase teórica evidenciou hipervigília, assimilação do cuidado e menos suporte; na parte empírica, constatamos que as famílias das pessoas idosas que sofrem ageísmo apresentam sentimentos negativos de tristeza e impotência.

Para os profissionais de saúde que atuam pautados em estereótipos e preconceitos de idade, existe uma falta de interesse na área da geriatria e gerontologia (fase teórica). Na fase empírica, os profissionais mostraram-se impacientes. Os elementos consequentes do conceito estão interrelacionados entre si.

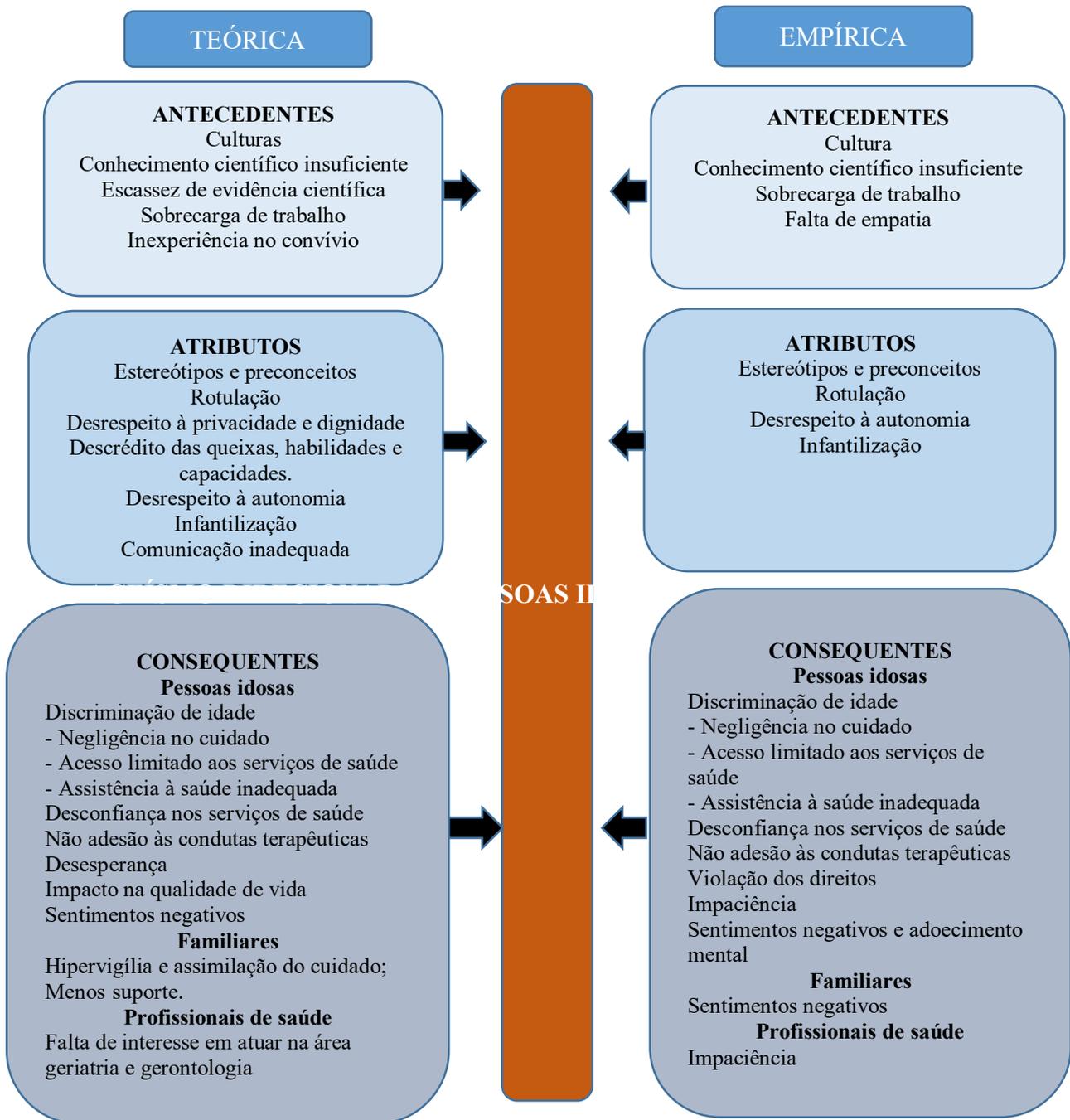
A análise e o desenvolvimento do conceito nos levaram a entender que existe a necessidade de uma equidade na atenção à saúde das pessoas idosas. Isso se refere à adequação das oportunidades de diagnóstico, tratamento, reabilitação e prevenção, e não à uniformidade da avaliação e do tratamento em si. Afinal, as especificidades das pessoas devem ser levadas em consideração, inclusive a partir dos ciclos de vida. Deve-se criar cuidados que respeitem as necessidades que são peculiares das pessoas idosas, resultando em satisfação e sucesso no alcance dos resultados desejados.

Os serviços de saúde, por sua vez, necessitam abordar ativamente a temática do preconceito etário junto às pessoas idosas e aos profissionais, estimulando o cuidado centrado na pessoa, o qual ajuda a eliminar as percepções negativas associadas ao processo de envelhecimento e à velhice.

A extensão da etapa da vida nomeada como velhice, a cronicidade dos quadros e a heterogeneidade de experiências não podem servir de instrumentos para reforçar os

estigmas, invisibilizar a experiência e negar o direito a cuidados dessa população. É basilar o interesse da sociedade pela dignidade e qualidade de vida na velhice. Por outro lado, a escassez de citação da rede de apoio comunitária e de atenção institucional de proteção a esse público evidencia que a velhice frágil permanece pouco visível e sinaliza a necessidade urgente de políticas públicas que subsidiem o autocuidado, a manutenção da autonomia, o suporte e o reconhecimento desses atores sociais (SOUZA; GIACOMIN; FIRMO, 2022).

Figura 4 – Estrutura conceitual do ageísmo direcionado a pessoas idosas em serviços de saúde: fase final



O ageísmo direcionado a pessoas idosas em serviços de saúde envolve imagens e atitudes baseadas em estereótipos e preconceitos de idade, rotulação, desrespeito à autonomia, privacidade e dignidade, desvalorização das queixas, habilidades e capacidades, por meio de comunicação inadequada e infantilização. É causado pela cultura de depreciação das pessoas idosas, insuficiência de conhecimento e evidência científica, sobrecarga de trabalho, falta de empatia e qualidade ruim do convívio com pessoas idosas, cujas consequências geram práticas discriminatórias, de descuido e de abreviação da vida, além de violação de direitos, sentimentos negativos, adoecimento mental e desconfiança nos serviços de saúde.

Uma vez apresentados os componentes do desenvolvimento do conceito, descreve-se um caso modelo, relatado pelos participantes da pesquisa, adaptado pela pesquisadora principal a partir do delineamento dos elementos essenciais do conceito, tais como antecedentes, atributos e consequentes. Dessa forma, lê-se a seguir o caso modelo do fenômeno estudado.

M.J.C, mulher, 80 anos, negra, viúva, dois filhos, aposentada com um salário mínimo, usuária exclusiva do Sistema Único de Saúde, analfabeta funcional, moradora da zona rural de Feira de Santana (BA), encontrava-se em tratamento adjuvante para câncer de mama. Realizou cirurgia para retirada do tumor com êxito, seguida de quimioterapia para proteger o local e evitar recidiva. Certo dia, ela precisou ser encaminhada para o pronto-socorro de um hospital geral e, neste momento, M.J.C. necessitou ser hospitalizada. A equipe da clínica médica que estava atendendo enviou uma solicitação de interconsulta para o serviço de tratamento do câncer com questionamento para saber se a mulher idosa já poderia ser admitida no serviço de cuidado paliativo, por sua idade avançada e por dificuldade para manejo terapêutico. Esta solicitação foi encaminhada até o médico oncologista assistente e, em um momento de discussão de casos que ocorre com frequência entre oncologistas e equipe de enfermagem, todos ficaram estarecidos com a conduta que estavam pensando em implementar na mulher (de conduta paliativa), visto que era uma paciente completamente hígida e bem, apenas evoluiu com um quadro infeccioso urinário e necessitou de hospitalização, inclusive a paciente relatou que não se tratava de cuidado paliativo, no P.S., mas não deram crédito ao que ela falou. Ela apresentou febre e, conseqüentemente, evoluiu com uma piora do estado geral. Mas era uma paciente que estava em tratamento de câncer e o quadro estável, a doença controlada, e a conduta seria apenas para o acompanhamento do caso. Porém, o pessoal lá do P.S., devido à idade – ao fato de ser idosa –, não queria mais investir no tratamento, como se a vida não fosse importante e a pessoa idosa um fardo inútil, sendo o tratamento prejudicial, pois ela não teria a assistência adequada para se tratar e viver com dignidade.

Caso-contrário é aquele que não se constitui experiência do fenômeno. Nesse estudo, criou-se um caso fictício a partir das evidências teóricas e discursos empíricos.

J.K.L, homem idoso, 80 anos, cor branca, engenheiro aposentado com dez salários mínimos, casado, 3 filhos, sendo um deles médico, residente no município de Salvador (BA). Possui hipertensão arterial sistêmica controlada com medicação, atividade física todos os dias da semana durante 40 minutos, uso de alimentação hipossódica e hipocalórica e não apresenta níveis elevados de estresse, pois suas atividades de lazer eram diárias: conversa com amigos, faz leitura dos jornais do dia, passeios na praia, visita aos netos e gerencia sua vida com autonomia e independência. Realiza exames e avaliação médica com frequência, fez uso de todas as vacinas preconizadas pelo Ministério da Saúde. Em 24/06/2021, iniciou apresentação de síndrome gripal e evoluiu com agravamento do quadro respiratório, com febre alta, inapetência e dispneia, sendo encaminhado para o Hospital Aliança, onde permaneceu hospitalizado na Unidade de Terapia Intensiva durante 45 dias, sedado e entubado com COVID-19 e pneumonia. J.K.L. recebeu todo o suporte necessário para cuidar de sua saúde. Teve alta da UTI, ficou hospitalizado na semi-intensiva durante 10 dias e, em seguida, teve alta para casa, totalmente curado e recuperado. Segue fazendo tratamento fisioterápico em domicílio e acompanhamento nutricional para o ganho de peso perdido durante o internamento, mas já reiniciou uma prática leve de caminhadas matinais e suas funcionalidades estão sendo recuperadas, bem como seus hábitos de vida.

Considerações finais

O desenvolvimento do conceito de ageísmo direcionado a pessoas idosas em serviços de saúde possibilitou o aprofundamento teórico, por meio da revisão de escopo e da análise da literatura internacional e nacional, sendo esta escassa. A fase empírica demonstrou o quanto o tema é ainda desconhecido entre profissionais da saúde e pessoas idosas, mesmo sendo um fenômeno presente nos serviços de saúde.

Compreender como o fenômeno se manifesta no campo da saúde em suas sutilezas e expressões revelou que os mecanismos de enfrentamento perpassam majoritariamente por intervenções por meio de educação em saúde, campanhas de sensibilização, atualização dos conhecimentos científicos, ampliação dos canais de comunicação entre pessoas idosas, profissionais da saúde e gestores e investimentos na formação e qualificação profissional, a fim de disseminar os aprendizados relativos ao campo da gerontologia e do ageísmo de forma contínua.

Ao analisar os antecedentes do fenômeno, fica claro que mudar aquilo que está culturalmente arraigado nas sociedades não é tarefa fácil, pois exige que o tema seja difundido na sociedade como um todo, direcionando pessoas idosas, profissionais da saúde, famílias das pessoas idosas para um constante exercício de autovigilância, a fim de evitar as consequências deletérias que o ageísmo pode ocasionar na saúde das pessoas idosas, famílias e nos próprios profissionais da saúde.

Por isso, pode-se afirmar que este estudo tem importantes implicações para a prática dos profissionais da saúde. Ao dar visibilidade sobre o tema, incita à reflexão, ao reconhecimento da existência do ageísmo nos serviços de saúde e ao exercício de autovigilância. Ademais, faz-se necessário que a gestão dos serviços da saúde realize campanhas locais de sensibilização sobre o tema, de forma a combater o ageísmo institucional, bem como alertar os profissionais da saúde, para que não tomem decisões com base exclusivamente no viés de idade e não desrespeitem direitos e a dignidade da vida humana.

Para o meio acadêmico, os achados deste estudo poderão nortear pesquisas que analisem o ageísmo na realidade brasileira, mediante a escuta das pessoas idosas, familiares, profissionais da saúde e gestores em diversos serviços de saúde públicos e privados, bem como fundamentar ações extensionistas para o enfrentamento e prevenção do ageísmo nos contextos de saúde.

Por fim, confirmamos com este estudo a tese de que as expressões do ageísmo contra pessoas idosas em serviços de saúde são evidenciadas por meio de imagens e

atitudes socialmente aceitas. A pandemia deu visibilidade ao fenômeno e novos elementos foram evidenciados nas formas de propagação dos preconceitos e discriminação através das redes sociais, as quais fortaleceram o ageísmo por meio de piadas, memes e notícias falsas, desqualificando a autonomia e a dignidade das pessoas idosas e minando os direitos universais dessa população.

A limitação deste estudo se configura na insuficiência de conhecimento das pessoas idosas a respeito do tema e do não reconhecimento da existência do ageísmo em serviços de saúde, o que resultou em poucas falas relevantes para a compreensão do fenômeno, justificando, desse modo, a não representatividade das pessoas idosas em todos os elementos do conceito. Outrossim, na fase teórica, a ausência de estudos na realidade brasileira limitou as inferências e impossibilitou análises no contexto dos serviços de saúde que compõem o Sistema Único da Saúde.

Novos estudos necessitam ser realizados para analisar outros conceitos que parecem ser sinônimos do ageísmo, tais como idadeísmo e etarismo (termos usados majoritariamente nos meios não-científicos, os quais não foram incluídos no desenvolvimento desse conceito, mais uma limitação deste estudo), bem como novos estudos empíricos que analisem os elementos do conceito individualmente.

Aprofundar todos os elementos dos antecedentes, atributos e consequentes do ageísmo direcionado a pessoas idosas em serviços de saúde se constitui em uma agenda de pesquisa de nosso interesse, bem como as influências e repercussões para famílias e cuidadores. No âmbito da extensão universitária, pretendemos criar uma oficina a ser desenvolvida na UATI sobre o tema do ageísmo, tendo como público-alvo pessoas idosas, famílias e discentes de forma geral. No âmbito do ensino, iremos continuar discutindo o tema como os estudantes de Enfermagem, para que os mesmos se tornem sensíveis às questões fundantes que dizem respeito à saúde das pessoas idosas e para que sejam profissionais que façam a diferença no cuidado e na atenção a essa população. Enfim, em todos os espaços de militância em que estivermos presentes pretendemos chamar a atenção para as problemáticas que o ageísmo pode ocasionar na sociedade de forma geral.

Referências

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Tecnologia da Organização dos Serviços de Saúde**. 2022.

AIRTH, L.; OELKE, N. D. How neoliberalism, ageism and stigma drive the lack of policy for older adults' mental health. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**, v. 27, n. 6, p. 838-843, dez. 2020.

ALMEIDA, R. T.; CIOSAK, S. I. Communication between the elderly person and the Family Health Team: is there integrality? **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, p. 884-890, ago. 2013.

ANDRADE, L. A. F. *et al.* Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde segundo o nível de satisfação dos idosos. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, 2019.

ARAÚJO, P. O. *et al.* 'O outro' da pandemia da COVID-19: ageísmo contra pessoas idosas em jornais do Brasil e do Chile. **Saúde em Debate**, v. 46, p. 613-629, set. 2022.

ARAÚJO, P.O; ASSIS, M.M.A. Organização da demanda e oferta de serviços na estratégia saúde da família. **Revista Saúde.Com**, v.13, n.4, p. 994-1002, 2017.

ARAÚJO, P. O.; CARVALHO, E. S. S. Ageism against elderly people in health services: scoping review protocol. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 22, suppl. 1, 2023.

AU, M. L. A. M. G. *et al.* Coping strategies and social support-seeking behaviour among Chinese caring for older people with dementia. **Ageing and Society**, v. 33, n. 8, p. 1422-1441, 2013.

AUSTIN, D.; RUSSELL, E. M. Is there ageism in oncology? **Scottish Medical Journal**, v. 48, n. 1, p. 17-20, 2003.

AYALON, L.; TESCH-RÖMER, C. Introduction to the Section: Ageism – Concept and Origins. *In*: AYALON, L.; TESCH-RÖMER, C. (ed.). **Contemporary Perspectives on Ageism**. Edinburgh: Springer Cham, 2018. p. 1-10.

BARBOSA, K. T. F.; OLIVEIRA, F. M. R. L.; FERNANDES, M. G. M. Vulnerability of the elderly: a conceptual analysis. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, p. 337-344, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0728>. Acesso em: 10 jan. 2023.

BARROS, M. S. R.; NEVES, A. V. A trajetória das políticas sociais para a população idosa e a imagem social das velhices. **Libertas**, v. 22, n. 1, p. 179-193, 2022.

BATISTA, N. A.; LESSA, S. S. Aprendizagem da empatia na relação médico-paciente: um olhar qualitativo entre estudantes do internato de Escolas Médicas do Nordeste do Brasil. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 43, p. 349-356, 2019.

- BEN-HARUSH, A. *et al.* Ageism among physicians, nurses, and social workers: findings from a qualitative study. **European Journal of Ageing**, v. 14, n. 1, p. 39-48, mar. 2017.
- BERGMAN, E.; ERICKSON, M.; SIMONS, J. Attracting and Training Tomorrow's Gerontologists: What Drives Student Interest in Aging? **Educational Gerontology**, v. 40, 2014.
- BHALLA, A. *et al.* Older stroke patients in Europe: stroke care and determinants of outcome. **Age Ageing**, v. 33, n. 6, p. 618-624, 2004.
- BOMFIM, W. C.; SILVA, M. C.; CAMARGOS, M. C. S. Estatuto do Idoso: análise dos fatores associados ao seu conhecimento pela população idosa brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, p. 4277-4288, out. 2022.
- BOUMAN, W. P.; ARCELUS, J. Are psychiatrists guilty of "ageism" when it comes to taking a sexual history? **International Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 16, n. 1, p. 27-31, 2001.
- BRAGA, L. S. *et al.* Discriminação percebida por adultos mais velhos no uso de serviços de saúde: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, p. 155-169, 2023.
- BRASIL. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 jun. 2012.
- BRASIL. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 maio 2016.
- BRASIL. Lei nº 13.466, de 12 de julho de 2017. Altera os arts. 3º, 15 e 71 da Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 jul. 2017.
- BRATT, A. S.; FAGERSTRÖM, C. Perceptions of General Attitudes towards Older Adults in Society: Is There a Link between Perceived Life Satisfaction, Self-Compassion, and Health-Related Quality of Life? **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 20, n. 4, jan. 2023.
- BRAUN, V.; CLARKE, V. Using thematic analysis in psychology. **Qualitative Research in Psychology**, v. 3, n. 2, p. 77-101, 2006.
- BURHENN, P. S. *et al.* Improving Nurses' Knowledge About Older Adults With Cancer. **Oncology Nursing Forum**, v. 43, n. 4, p. 497-504, jul. 2016.
- BURNES, D. *et al.* Interventions to Reduce Ageism Against Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. **American Journal of Public Health**, v. 109, n. 8, 2019.

BUTLER, R. N. Age-ism: another form of bigotry. **The Gerontologist**, v. 9, n. 4, p. 243-246, 1969.

BUTTIGIEG, S. A. *et al.* Researching Ageism in Health-Care and Long Term Care. *In*: AYALON, L.; TESCH-RÖMER, C. (ed.). **Contemporary Perspectives on Ageism**. Edinburgh: Springer Cham, 2018. p. 493-515.

CANO-GUTIERREZ, C. *et al.* La vejez y la nueva CIE-11: posición de la Academia Latinoamericana de Medicina del Adulto Mayor. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 45, ago. 2021.

CAPISTRANO, R. L. *et al.* Estigma percebido por homens em tratamento hemodialítico. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 35, 2022.

CARVALHO, E. S. S. *et al.* Why does your pain never get better? Stigma and coping mechanism in people with sickle cell disease. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, n. 3, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0831>. Acesso em: 10 jan. 2023.

CASTRO, A.; CAMARGO, B. V. Representações sociais da velhice e do envelhecimento na era digital: revisão da literatura. **Psicologia em Revista**, v. 23, n. 3, p. 882-900, dez. 2017.

CHANG, E. *et al.* Global reach of ageism on older persons' health: A systematic review. **PloS One**, v. 15, n. 1, 2020.

CHASTEEN, A.; CARY, L. Age Stereotypes and Age Stigma: Connections to Research on Subjective Aging. **Annual Review of Gerontology and Geriatrics**, v. 35, fev. 2015.

CHINN, P.; JACOBS, M. **Teoria e enfermagem**. 3. ed. St. Louis: Mosby, 1991.

CRONIN, C.; BROOKE, J. Using the Relating to Older People Evaluation tool to measure ageism in higher education. **Nursing Older People**, v. 31, n. 3, p. 29-38, maio 2019.

DAMASCENA, D. M.; VALE, P. R. L. F. Tipologias da precarização do trabalho na atenção básica: um estudo netnográfico. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, 2020.

DAVIS, T. *et al.* Primary Care Providers' HIV Prevention Practices Among Older Adults. **Journal of Applied Gerontology**, v. 35, n. 12, p. 1325-1342, 2016.

DECETY, J. Empathy in Medicine: What It Is, and How Much We Really Need It. **The American Journal of Medicine**, v. 133, n. 5, p. 561-566, maio 2020.

DEMETRIADOU, E. *et al.* Psychological support for families of ICU patients: longitudinal documentation of the service. **Psychology, Health & Medicine**, v. 22, n. 6, p. 736-743, 2017.

DI ROSA, M. *et al.* Ageism and surgical treatment of breast cancer in Italian hospitals. **Aging Clinical and Experimental Research**, v. 30, n. 2, p. 139-144, 2018.

DOBROWOLSKA, B. *et al.* Age discrimination in healthcare institutions perceived by seniors and students. **Nursing Ethics**, v. 26, n. 2, p. 443-459, 2019.

DRURY, L.; HUTCHISON, P.; ABRAMS, D. Direct and extended intergenerational contact and young people's attitudes towards older adults. **The British Journal of Social Psychology**, v. 55, n. 3, p. 522-543, 2016.

FALLER, J. W.; TESTON, E. F.; MARCON, S. S. Estrutura conceitual do envelhecimento em diferentes etnias. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 39, 2018.

FERNANDES, M. G. M. *et al.* Análise conceitual: considerações metodológicas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 6, p. 1150-1156, nov. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672011000600024>. Acesso em: 10 jan. 2023.

FISCHER, L. R. *et al.* Treatment of elderly and other adult patients for depression in primary care. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 51, n. 11, p. 1554-1562, 2003.

FLORES SOBRINHO, M. H. J.; OSÓRIO, N. B. A interpretação da velhice da antiguidade até o século XXI. **Nova Revista Amazônica**, v. 9, n. 1, p. 175-187, mar. 2021.

FORTI, P. *et al.* Risk of Exclusion From Stroke Rehabilitation in the Oldest Old. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, v. 99, n. 3, p. 477-483, mar. 2018.

FRASER, S. *et al.* Ageism and COVID-19: what does our society's response say about us? **Age Ageing**, v. 49, n. 5, p. 692-695, 2020.

FRIAS, L.; LOPES, N. Considerações sobre o conceito de dignidade humana. **Revista Direito GV**, v. 11, p. 649-670, dez. 2015.

GASTALDO, D. Congruência epistemológica como critério fundamental de rigor na pesquisa qualitativa. In: BOSI, M. L. M.; GASTALDO, D. (org.). **Tópicos avançados em pesquisa qualitativa em saúde: fundamentos teórico-metodológicos**. Petrópolis: Vozes, 2021. p. 77-105.

GOFFMAN, E. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1980.

GOIS JUNIOR, E. A “luta contra a morte”: os corpos, modernidade brasileira e uma história da velhice, São Paulo e Rio de Janeiro, década de 1930. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v. 27, p. 93-113, mar. 2020.

GOLDANI, A. M. “Ageism” in Brazil: what is it? who does it? what to do with it? **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 27, p. 385-405, dez. 2010.

- GOUVEIA, G. C. *et al.* Health care users' satisfaction in Brazil, 2003. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, p. 109-118, 2005.
- GUBA, E. G.; LINCOLN, Y. S. Competing paradigms in qualitative research. In: DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. (Eds.) **Handbook of qualitative research**. Thousand Oaks, CA: Sage, 1994, p. 105-117.
- GRANT, P. T.; HENRY, J. M.; MCNAUGHTON, G. W. The management of elderly blunt trauma victims in Scotland: evidence of ageism? **Injury**, v. 31, n. 7, p. 519-528, 2000.
- GROISMAN, D. **O cuidado enquanto trabalho: envelhecimento, dependência e políticas para o bem-estar no Brasil**. 2015. 210 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.
- GUNDERSON, A. *et al.* Rural physicians' attitudes toward the elderly: evidence of ageism? **Quality Management in Health Care**, v. 14, n. 3, p. 167-176, 2005.
- HENNING, C. E. Nem no mesmo barco nem nos mesmos mares: gerontocídios, práticas necropolíticas de governo e discursos sobre velhices na pandemia da COVID-19. **Cadernos de Campo**, v. 29, n. 1, p. 150-155, jun. 2020.
- HEYMAN, N.; OSMAN, I.; BEN NATAN, M. Ageist attitudes among healthcare professionals and older patients in a geriatric rehabilitation facility and their association with patients' satisfaction with care. **International Journal of Older People Nursing**, v. 15, n. 2, 2020.
- HWANG, E. H.; KIM, K. H. Quality of Gerontological Nursing and Ageism: What Factors Influence on Nurses' Ageism in South Korea? **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 18, n. 8, 2021.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Feira de Santana**. Rio de Janeiro: IBGE, 2022. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/feira-de-santana/panorama>. Acesso em: 10 jan. 2023.
- IVERSEN, T. J.; LARSEN, L.; SOLEM, P. E. Uma análise conceitual do ageísmo. **Nordic Psychology**, v. 61, p. 4-22, 2009.
- JIMÉNEZ-ETXEBARRIA, E.; ALBONIGA-MAYOR, J. J.; BERNARAS ITURRIOZ, E. Cultural Image of Older People during the COVID-19 Pandemic. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 19, n. 22, 2022.
- KANG, Y. *et al.* An educational programme to improve acute care nurses' knowledge, attitudes and family caregiver involvement in care of people with cognitive impairment. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, v. 31, n. 3, p. 631-640, set. 2017.
- KEMPER, S.; HARDEN, T. Experimentally disentangling what's beneficial about elderspeak from what's not. **Psychology and Aging**, v. 14, n. 4, p. 656-670, dez. 1999.

- KENNELLY, C.; BOWLING, A. Suffering in deference: a focus group study of older cardiac patients' preferences for treatment and perceptions of risk. **Quality in Health Care**, v. 10, 2001.
- KIPLAGAT, J.; HUSCHKE, S. HIV testing and counselling experiences: a qualitative study of older adults living with HIV in western Kenya. **BMC Geriatrics**, v. 18, n. 1, 2018.
- KYDD, A.; FLEMING, A. Ageism and age discrimination in health care: Fact or fiction? A narrative review of the literature. **Maturitas**, v. 81, n. 4, p. 432-438, ago. 2015.
- LAMELA, D.; BASTOS, A. Comunicação entre os profissionais de saúde e o idoso: uma revisão da investigação. **Psicologia & Sociedade**, v. 24, p. 684-690, 2012.
- LEE, J. *et al.* Ageism between Medical and Preliminary Medical Persons in Korea. **Annals of Geriatric Medicine and Research**, v. 24, n. 1, p. 41-49, mar. 2020.
- LEUNG, S. *et al.* Hospital doctors' attitudes towards older people. **Internal Medicine Journal**, v. 41, n. 4, p. 308-314, 2011.
- LICHTENSTEIN, B. From "Coffin Dodger" to "Boomer Remover": Outbreaks of Ageism in Three Countries With Divergent Approaches to Coronavirus Control. **The Journals of Gerontology: Series B**, v. 76, n. 4, 2021.
- LLOYD-SHERLOCK, P. G. *et al.* Institutional ageism in global health policy. **BMJ**, v. 354, 2016.
- LUBENOW, J. A. M.; SILVA, A. O. O que os idosos pensam sobre o atendimento nos serviços de saúde. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 22, ago. 2019.
- MACHADO, M. H.; XIMENES NETO, F. R. G. Gestão da Educação e do Trabalho em Saúde no SUS: trinta anos de avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1971-1979, jun. 2018.
- MANTHORPE, J. *et al.* Four years on: The impact of the National Service Framework for Older People on the experiences, expectations and views of older people. **Age and Ageing**, v. 36, n. 5, p. 501-507, set. 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/ageing/afm078>. Acesso em: 10 jan. 2023.
- MARQUES, S. *et al.* Determinants of Ageism against Older Adults: A Systematic Review. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 17, n. 7, jan. 2020.
- MEDEIROS, N. B. *et al.* O papel da autocompaixão na regulação emocional. **Revista de Psicologia da Unesp**, v. 20, n. 2, p. 144-160, 2021.
- MELEIS, A. I. **Theoretical nursing: development and progress**. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2005.

- MENDES, I. A. C. *et al.* Avaliação da empatia de graduandos de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 34, nov. 2021.
- MENDONÇA, J. M. B. *et al.* O sentido do envelhecer para o idoso dependente. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 1, 2021.
- MENEGUIN, S.; BANJA, P. F. T.; FERREIRA, M. L. S. Cuidado ao paciente idoso hospitalizado: implicações para a equipe de enfermagem. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v. 25, dez. 2017.
- MITFORD, E. *et al.* Ageism in first episode psychosis. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 25, n. 11, p. 1112-1118, 2010.
- MORAES, C. L. *et al.* Violência contra idosos durante a pandemia de COVID-19 no Brasil: contribuições para seu enfrentamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 4177-4184, set. 2020.
- MORSE, M. J. Exploring the theoretical basis of nursing using advanced techniques of concept analysis. **Advances Nursing Science**, v. 17, n. 3, p. 31-46, 1995.
- MORSE, M. J. *et al.* Criteria for concept evaluation. **Journal of Advanced Nursing**, v. 24, n. 2, p. 385-390, 1996.
- MOTSOHI, T. *et al.* Older persons' experience with health care at two primary level clinics in Cape Town, South Africa: a qualitative assessment. **BJGP open**, v. 4, n. 3, ago. 2020.
- MOYLE, W. Nursing students' perceptions of older people: continuing society's myths. **The Australian Journal of Advanced Nursing**, v. 20, n. 4, p. 15-21, 2003.
- MUÑOZ, C.M.; HIDALGO, F.A. La sobrevivencia en la vejez en Chile: lo que muestra la pandemia sobre la protección social. In: ABAGARO, C.P.; BOY, M.; FLORES, R.A.R. *et al.* (editors). **La pandemia social de COVID-19 en América Latina: reflexiones desde la Salud Colectiva**. 1ª ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Teseo, p. 251-272, 2021. Acesso em: 21 de fevereiro 2022. Disponível em: <https://www.teseopress.com/pandemiasocial/chapter/la-sobrevivencia-en-la-vejez-en-chile-lo-que-muestra-la/>.
- NGUYEN, T. T. *et al.* Trends for Reported Discrimination in Health Care in a National Sample of Older Adults with Chronic Conditions. **Journal of General Internal Medicine**, v. 33, n. 3, p. 291-297, mar. 2018.
- OLIVEIRA, M. *et al.* Thematic Content Analysis: Is There a Difference Between the Support Provided by the MAXQDA® and NVivo® Software Packages? **Revista de Administração da UFSM**, v. 9, n. 1, p. 72-82, 2015.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Relatório mundial sobre o idadismo**. Washington, DC: OPAS, 2022.

- OXFORD LANGUAGES. **Oxford Word of the Year 2022**. 2022. Disponível em: <https://languages.oup.com/word-of-the-year/2022>. Acesso em: 10 jan. 2023.
- PAI, D. D. *et al.* Violência física e psicológica perpetrada no trabalho em saúde. **Texto & Contexto – Enfermagem**, v. 27, mar. 2018.
- PAMPOLIM, G.; LEITE, F. M. C. Neglect and psychological abuse of older adults in a Brazilian state: analysis of reports between 2011 and 2018. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 23, n. 6, 2020.
- PARANHOS, D. G. A. M.; ALBUQUERQUE, A. Direitos humanos dos pacientes como instrumentos bioéticos de proteção das pessoas idosas. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, v. 8, n. 1, p. 53-64, maio 2019.
- PEDERSEN, R. *et al.* In quest of justice? Clinical prioritisation in healthcare for the aged. **Journal of Medical Ethics**, v. 34, n. 4, p. 230-235, 2008.
- PEREIRA, M. C. *et al.* Infrações éticas no cuidado de enfermagem à pessoa idosa. **Enfermagem em Foco**, v. 11, n. 6, 2020.
- POLAT, U. *et al.* Nurses' and physicians' perceptions of older people and attitudes towards older people: Ageism in a hospital in Turkey. **Contemporary Nurse**, v. 48, n. 1, p. 88-97, 2014.
- POUPART, J. *et al.* **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 2014.
- PROTIÈRE, C. *et al.* Prescribers' attitudes toward elderly breast cancer patients. Discrimination or empathy? **Critical Reviews in Oncology/Hematology**, v. 75, n. 2, p. 138-150, ago. 2010.
- PUNCHIK, B. *et al.* Ageism Among Physicians and Nurses in Russia. **Rejuvenation Research**, v. 24, mar. 2021.
- RABABA, M. *et al.* Association of nurses' level of knowledge and attitudes to ageism toward older adults: Cross-sectional study. **Nursing & Health Sciences**, v. 22, n. 3, p. 593-601, 2020.
- ROBB, C.; CHEN, H.; HALEY, W. E. Ageism in Mental Health and Health Care: A Critical Review. **Journal of Clinical Geropsychology**, v. 8, n. 1, p. 1-12, jan. 2002.
- RODGERS, B. L. Concepts, analysis and the development of nursing knowledge: the evolutionary cycle. **Journal of Advanced Nursing**, v. 14, n. 4, p. 330-335, 1989.
- RODGERS, B. L.; COWLES, K. V. The qualitative research audit trail: a complex collection of documentation. **Research in Nursing & Health**, v. 16, n. 3, p. 219-226, 1993.

SAIF-UR-RAHMAN, K. M. *et al.* Discrimination against the elderly in health-care services: a systematic review. **Psychogeriatrics: The Official Journal of the Japanese Psychogeriatric Society**, v. 21, n. 3, p. 418-429, maio 2021.

SANCHES, R. C. N. *et al.* O cuidado cotidiano na perspectiva de idosos independentes e de seus familiares mais próximos. **Avances en Enfermería**, v. 36, n. 1, 2018.

SANTOS, A. M. R. *et al.* Violência contra o idoso durante a pandemia COVID-19: revisão de escopo. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 34, nov. 2021.

SANTOS, J. L. **O que é cultura**. 16. ed. São Paulo: Brasiliense, 2006.

SÃO JOSÉ, J. M. S. *et al.* Ageism in Health Care: A Systematic Review of Operational Definitions and Inductive Conceptualizations, **The Gerontologist**, v. 59, n. 2, p. 98-108, 2019.

SARABIA-COBO, C. M.; CASTAÑEDO PFEIFFER, C. Changing negative stereotypes regarding aging in undergraduate nursing students. **Nurse Education Today**, v. 35, n. 9, p. 60-64, set. 2015.

SCHATZ, E. *et al.* They ‘don’t cure old age’: Older Ugandans’ delays to health-care access. **Ageing & Society**, v. 38, n. 11, p. 2197-2217, 2018.

SCHENKER, M.; COSTA, D. H. Avanços e desafios da atenção à saúde da população idosa com doenças crônicas na Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 1369-1380, maio 2019.

SCHIAVON, I. C. A. Um olhar da análise sociointeracional do discurso entre cuidadoras e idosas institucionalizadas no cuidado durante o banho. **Revista Brasileira de Linguística Aplicada**, v. 22, p. 365-394, ago. 2022.

SCHROYEN, S. *et al.* Ageism and caring attitudes among nurses in oncology. **International Psychogeriatrics**, v. 28, n. 5, p. 749-757, 2016.

SCHWARTZ-BARCOTT, D.; KIM, H. S. An expansion and elaboration of the hybrid model of concept development. *In*: RODGERS, B. L.; KNAFL, K. A. (ed.). **Concept development in nursing: foundations, techniques, and applications**. Philadelphia: Saunders, 2000. p. 129-160.

SEIDEL, D. *et al.* Patterns of functional loss among older people: a prospective analysis. **Human Factors**, v. 51, n. 5, p. 669-680, 2009.

SHIN, D. W. *et al.* Experience with age discrimination and attitudes toward ageism in older patients with cancer and their caregivers: A nationwide Korean survey. **Journal of Geriatric Oncology**, v. 10, n. 3, p. 459-464, 2019.

SILVA, D. H. B. **Significados de autonomia para pessoas idosas residentes em uma instituição de longa permanência para idosos (ILPI)**. 2022. 75 f. Dissertação

(Mestrado em Psicologia) – Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2022.

SKIRBEKK, H.; NORTVEDT, P. Inadequate treatment for elderly patients: professional norms and tight budgets could cause “ageism” in hospitals. **Health Care Analysis**, v. 22, n. 2, p. 192-201, 2014.

SOARES, T. S. *et al.* COVID-19 e ageísmo: avaliação ética da distribuição de recursos em saúde. **Revista Bioética**, v. 29, n. 2, jun. 2021.

SOUSA, A. R. *et al.* Transição de homens idosos com câncer de próstata: análise de condicionantes facilitadores e dificultadores. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 14, dez. 2022.

SOUZA, L. E. P. F.; BAHIA, L. Componentes de um sistema de serviços de saúde: população, infraestrutura, organização, prestação de serviços, financiamento e gestão. *In*: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. (org.). **Saúde coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 49-68.

SOUZA, G. A.; GIACOMIN, K. C.; FIRMO, J. O. A. A necessidade de cuidado na percepção de pessoas idosas em processo de fragilização. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 30, p. 486-495, nov. 2022.

TAVERNER, T.; BAUMBUSCH, J.; TAIPALE, P. Normalization of Neglect: A Grounded Theory of RNs' Experiences as Family Caregivers of Hospitalized Seniors. **Canadian Journal of Aging**, v. 35, n. 2, p. 215-228, 2016.

TEIXEIRA, S. M. O. *et al.* Da velhice estigmatizada à dignidade na existência madura: novas perspectivas do envelhecer na contemporaneidade. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 16, n. 2, p. 469-487, jun. 2016.

TEMPLE, J. B. *et al.* Discrimination reported by older adults living with mental health conditions: types, contexts and association with healthcare barriers. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 56, n. 6, p. 1003–1014, jun. 2021.

THOMPSON, N. M. *et al.* Empathy and emotion regulation: An integrative account. **Progress in Brain Research**, v. 247, p. 273-304, 2019.

TRINTINAGLIA, V.; BONAMIGO, A. W.; AZAMBUJA, M. S. Equipes de Saúde da Família e Equipes de Atenção Primária: avaliação do cuidado segundo a ótica da pessoa idosa. **Saúde em Redes**, v. 8, n. 3, p. 281-296, dez. 2022.

UNCAPHER, H. *et al.* Physicians are less willing to treat suicidal ideation in older patients. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 48, n. 2, p. 188-192, 2000.

VAN DELDEN, J. J. *et al.* Medical decision making in scarcity situations. **Journal of Medical Ethics**, v. 30, n. 2, p. 207-211, 2004.

VAN WICKLIN, S. A. Ageism in Nursing. **Plastic Surgical Nursing: Official Journal of the American Society of Plastic and Reconstructive Surgical Nurses**, v. 40, n. 1, p. 20-24, 2020.

WALKER, L. O.; AVANT, K. C. **Strategies for theory construction in nursing**. 6. ed. New Jersey: Pearson/Prentice Hall, 2019.

WARD-GRIFFIN, C.; MCKEEVER, P. Relationships between nurses and family caregivers: partners in care? **ANS – Advances in Nursing Science**, v. 22, n. 3, p. 89-103, mar. 2000.

WATT, M. H. *et al.* Cancer-Related Stigma in Malawi: Narratives of Cancer Survivors. **JCO Global Oncology**, v. 9, fev. 2023.

WETHERELL, J. L. *et al.* Mental health treatment preferences of older and younger primary care patients. **International Journal of Psychiatry in Medicine**, v. 34, p. 219-233, 2004.

WIEL, E. *et al.* Age discrimination in out-of-hospital cardiac arrest care: a case-control study. **European Journal of Cardiovascular Nursing**, v. 17, n. 6, p. 505-512, 2018.

WILKINSON, J. A.; FERRARO, K. F. Thirty years of ageism research. *In*: NELSON, T. D. (ed.). **Ageism: Stereotyping and prejudice against older persons**. Cambridge, MA: MIT Press, 2002. p. 339-358.

WILSON, J. **Thinking with concepts**. New York: Cambridge University Press, 1963.

WYMAN M. F.; SHIOVITZ-EZRA, S.; BENGEL J. Ageism in the Health Care System: Providers, Patients, and Systems. *In*: AYALON L.; TESCH-ROMER, C. (ed). **Contemporary Perspectives on Ageism**. Edimburg: Springer Cham, 2018. p.193-212.

APÊNDICE A: Instrumento de extração dos dados do *corpus* de análise, fase teórica do desenvolvimento do conceito.

Título do estudo	Atributos	Antecedentes	Consequentes
Estudo 1	Palavras ou expressões utilizadas para descrever o conceito?	O que antecede a ocorrência do conceito?	O que sucede a ocorrência do conceito?
Estudo 2			
Estudo 3			
Estudo n...			
Síntese dos achados teóricos			

Fonte: as autoras, 2022.

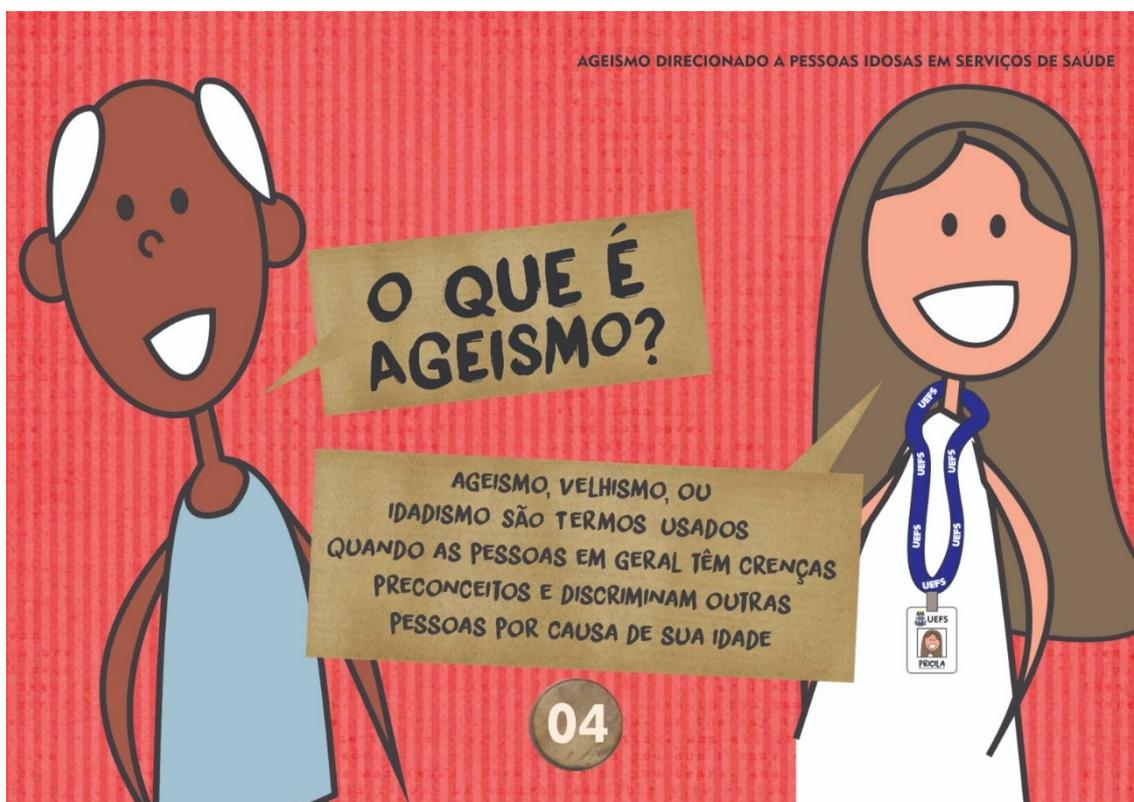
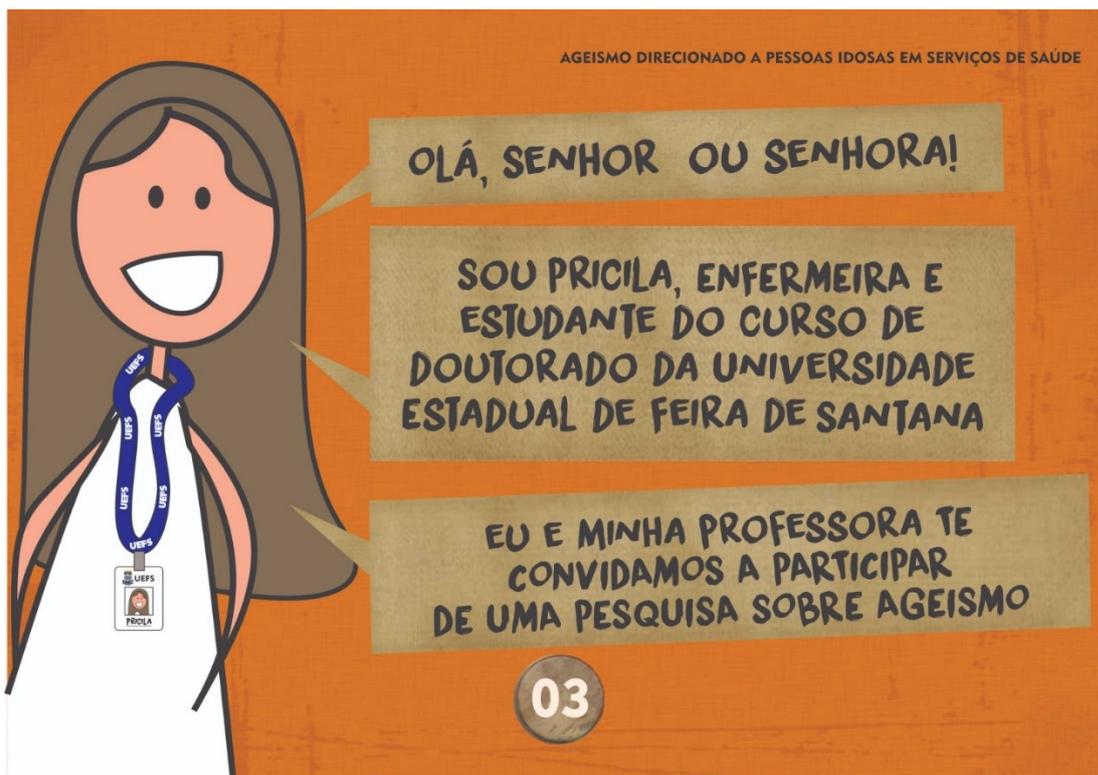
APÊNDICE B: Registro de Consentimento Livre e Esclarecido (RCLE)

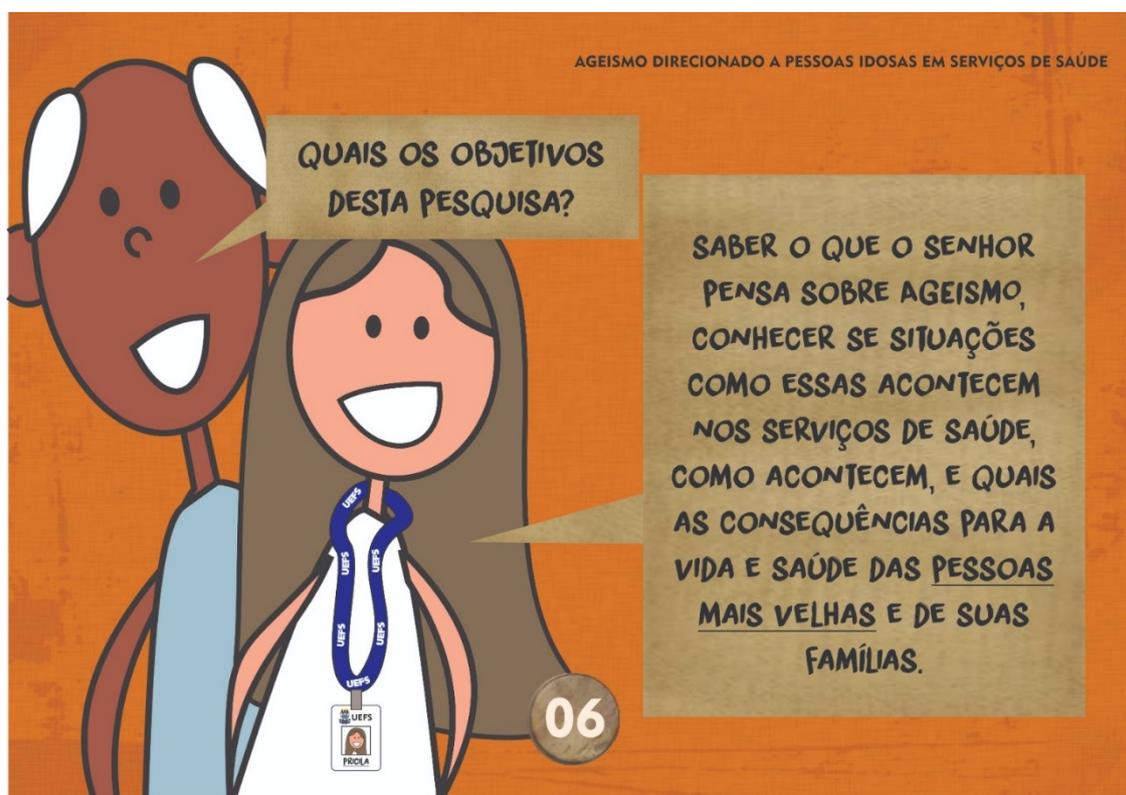
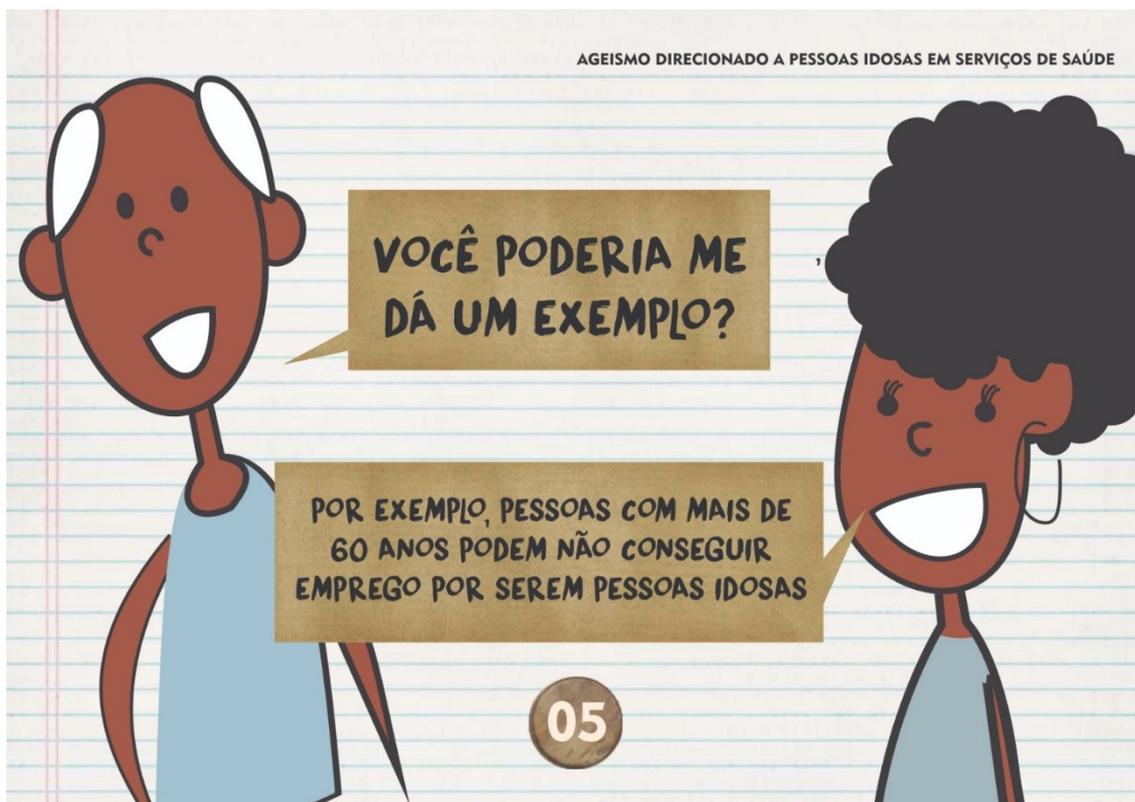
Eu, Pricila Oliveira de Araújo, doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana e sua orientadora a Prof. Dra Evanilda Santana de Souza Carvalho convidamos você a participar da pesquisa intitulada **AGEÍSMO CONTRA PESSOAS IDOSAS EM SERVIÇOS DE SAÚDE: análise do conceito e formas de expressão deste fenômeno na pandemia da COVID-19** que tem como objetivo identificar os atributos, os antecedentes/causas e os consequência do conceito de ageísmo dirigido a pessoas idosas em serviços de saúde e conhecer como profissionais de saúde e as pessoas idosas percebem o ageísmo em serviços de saúde. Como risco da pesquisa, existe a possibilidade dos participantes em algum momento demonstrarem algum desconforto, constrangimento ou vergonha em expressar seu pensamento a respeito do tema, devido a conflito de opinião ou medo de serem fiscalizados, auditados ou punidos de alguma forma. Nesses casos, conversaremos a respeito, esclarecendo não ser preciso falar sobre algo que não se sinta à vontade e, em caso de necessidade, a entrevista pode ser remarcada para outro momento. Também farei todos os esclarecimentos solicitados, reforçando a privacidade das informações e, ainda, a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa sem que haja prejuízo e/ou penalidade. Se você preferir, também poderemos realizar uma pausa ou mesmo remarcar para outro dia mais apropriado. Esta pesquisa trará benefícios para os participantes do estudo na medida em que poderá contribuir para elucidar o fenômeno do preconceito de idade em serviços de saúde e suscitar reflexões a respeito desta temática dentro das instituições de saúde e nas práticas de cuidado entre profissionais x idosos, bem como implementar formas de enfrentamento ao preconceito e discriminação etária. Sua participação será através de uma entrevista, que pode ser realizada na instituição de saúde no melhor dia e horário para você em um consultório ou uma sala que não esteja sendo utilizada no momento da coleta de dados. Pedimos autorização para gravar a entrevista, guardando sigilo sobre sua identidade. Pedimos também sua autorização para publicação dessa pesquisa em revistas e eventos científicos e seu nome nunca será divulgado ou associadas informações que venham a identificá-lo. Nem você nem nós receberemos retorno financeiro pela participação, assim como não haverá custos a você relacionados à participação, mas caso ocorra, o valor será ressarcido. Além disso, caso ocorra algum dano decorrente da sua participação no estudo, você tem direito a buscar indenização, conforme determina a lei. Por fim, após término da pesquisa você terá acesso aos resultados mediante apresentação do relatório de pesquisa. Em caso de dúvida, estaremos disponíveis no Grupo de pesquisa COGITARE localizado no módulo VI da UEFS das segundas às sextas das 14 às 17h, durante a fase de coleta de dados. Para dúvidas sobre os aspectos éticos, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/UEFS), órgão responsável por avaliar e garantir os direitos, integridade e dignidade dos participantes de pesquisas. Esse contato pode ser feito através do telefone: (75) 3161-8067, email: cep@uefs.br ou ainda presencialmente de segunda à sexta, de 13h30-17h30. O CEP se localiza na Área Administrativa (MA 17) do módulo I da UEFS. O endereço da UEFS é: Av. Transnordestina, S/Nº, Bairro Novo Horizonte, CEP: 44036-900, Feira de Santana – BA. Este termo será assinado em duas vias iguais, sendo que uma via ficará com você e a outra em sigilo com a pesquisadora.

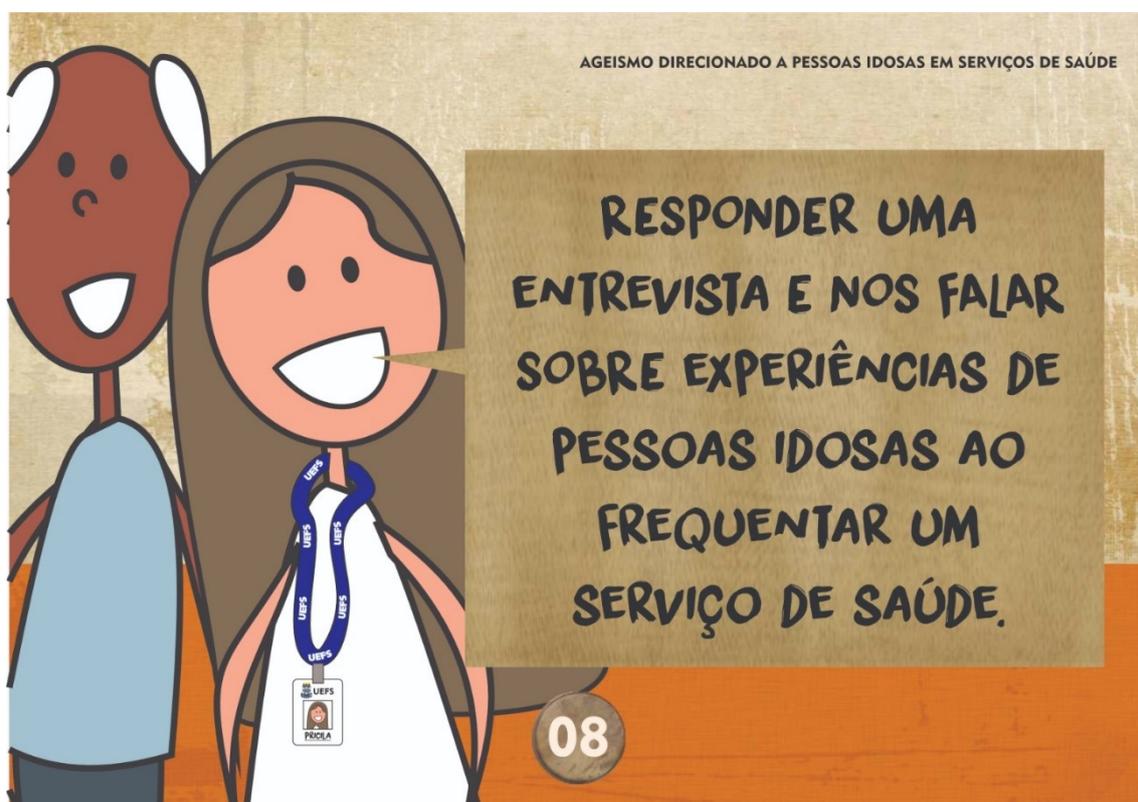
Feira de Santana, ____ de _____ de 2022.

Participante _____
Pricila Oliveira de Araújo (Pesquisadora Responsável)

APÊNDICE C: Cartilha de Registro De Consentimento Livre e Esclarecido







AGEISMO DIRECIONADO A PESSOAS IDOSAS EM SERVIÇOS DE SAÚDE

TEM ALGUM RISCO?

PODE SER QUE O SENHOR, SINTA DESCONFORTO OU VERGONHA EM FALAR SOBRE O TEMA OU MESMO ACHAR QUE NÃO SABE RESPONDER AS PERGUNTAS.

OU SE SINTA TRISTE EM RECORDAR SITUAÇÕES QUE ACONTECEU COM O SENHOR OU COM PESSOAS PRÓXIMAS.

09



AGEISMO DIRECIONADO A PESSOAS IDOSAS EM SERVIÇOS DE SAÚDE

SE O SENHOR PERCEBER ALGUMA DESSAS SITUAÇÕES, NÓS PODEMOS PARAR A ENTREVISTA E CONVERSAR SOBRE SEUS SENTIMENTOS. VAMOS TENTAR AO MÁXIMO TIRAR TODAS AS SUAS DÚVIDAS.

NÃO PRECISA FALAR SOBRE NADA QUE NÃO SINTA VONTADE, OU QUE JULGUE QUE NÃO PODE NOS CONTAR.

CASO SINTA-SE CANSADO, OU INDISPOSTO, PODEMOS REMARCAR A ENTREVISTA PARA OUTRO MOMENTO QUE JULGAR MELHOR.

10



QUAIS OS BENEFÍCIOS
PARA QUEM
PARTICIPA DESTA
PESQUISA?

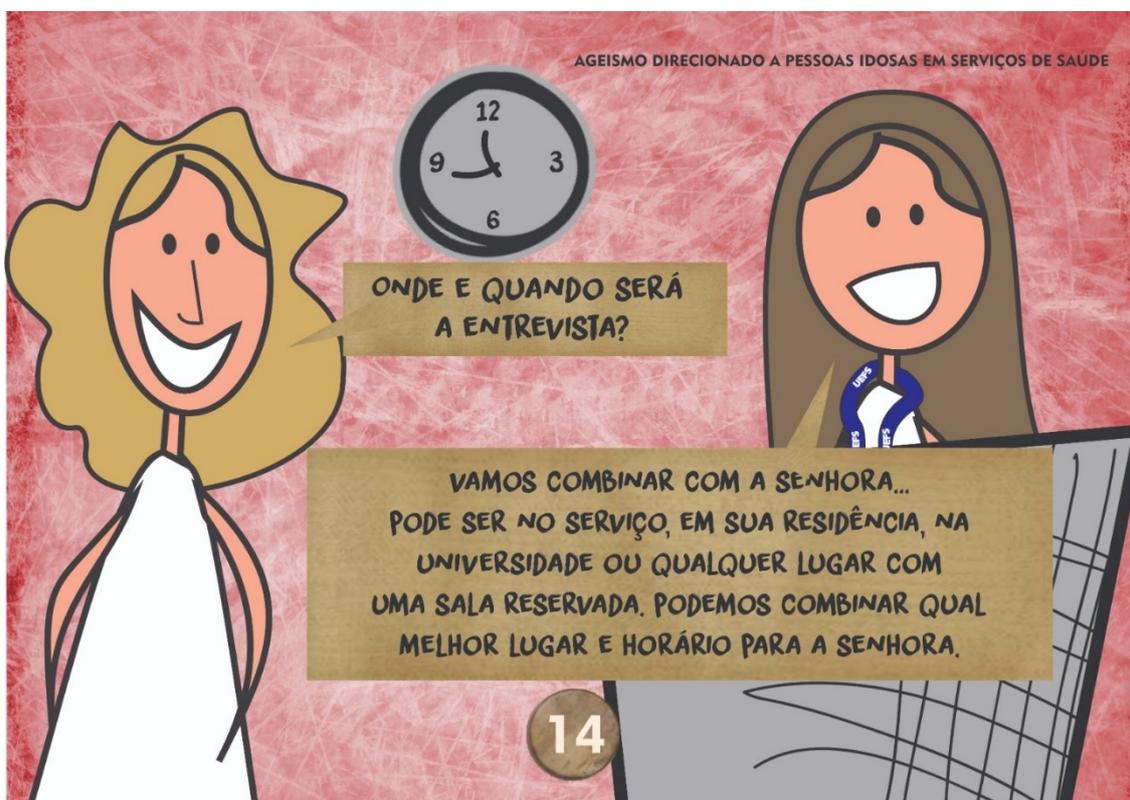
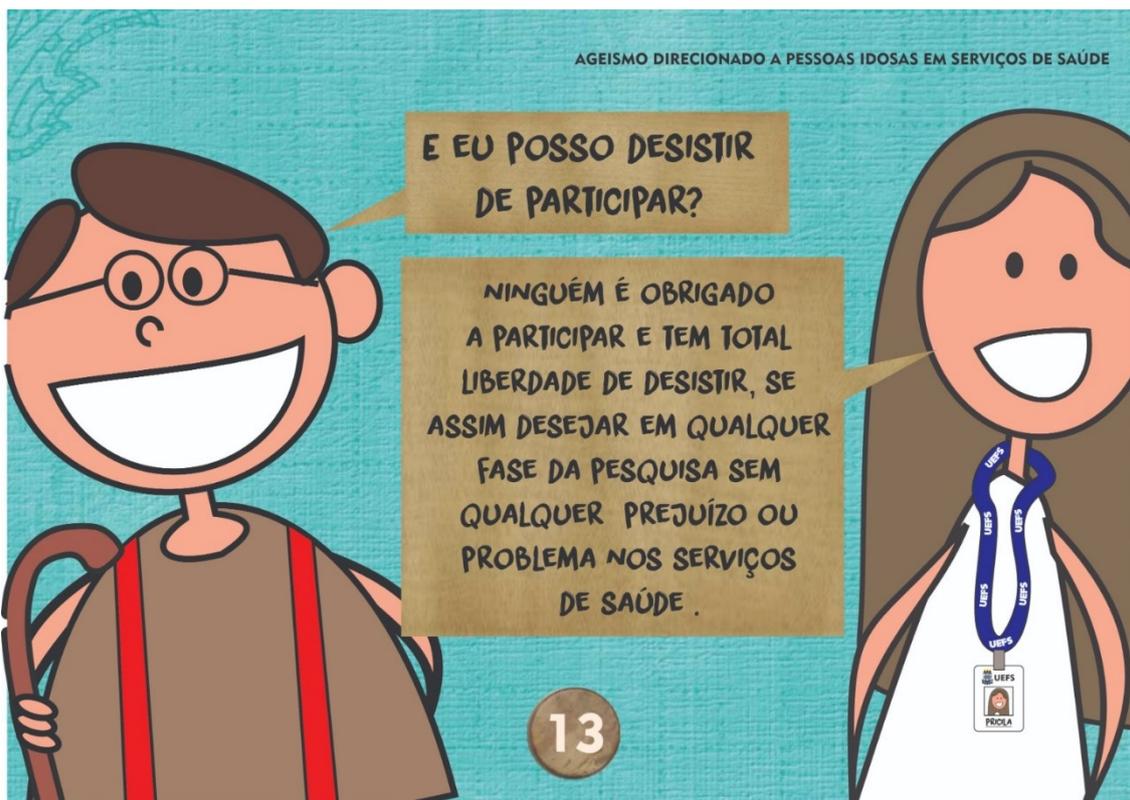
PODERÁ AJUDAR
A ENTENDER MELHOR
AS SITUAÇÕES
DE PRECONCEITO E
DISCRIMINAÇÃO
DE IDADE QUE
OCORRE NOS
SERVIÇOS DE SAÚDE.



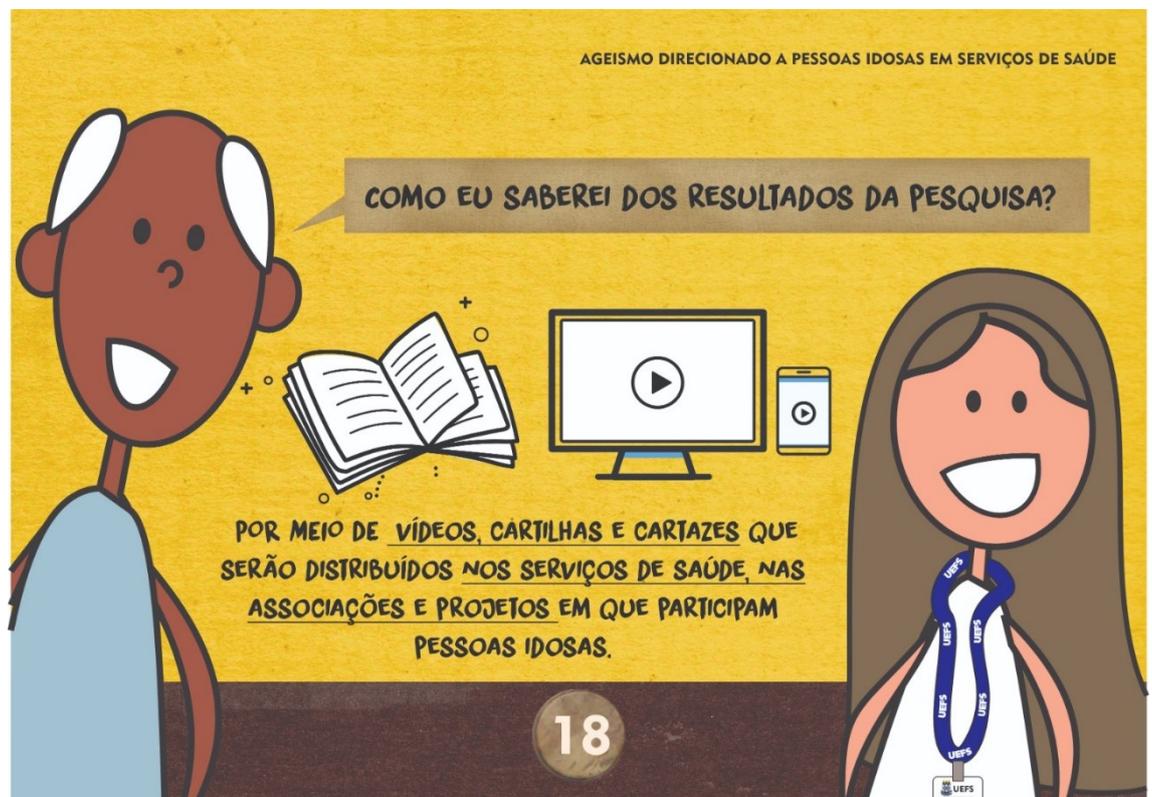
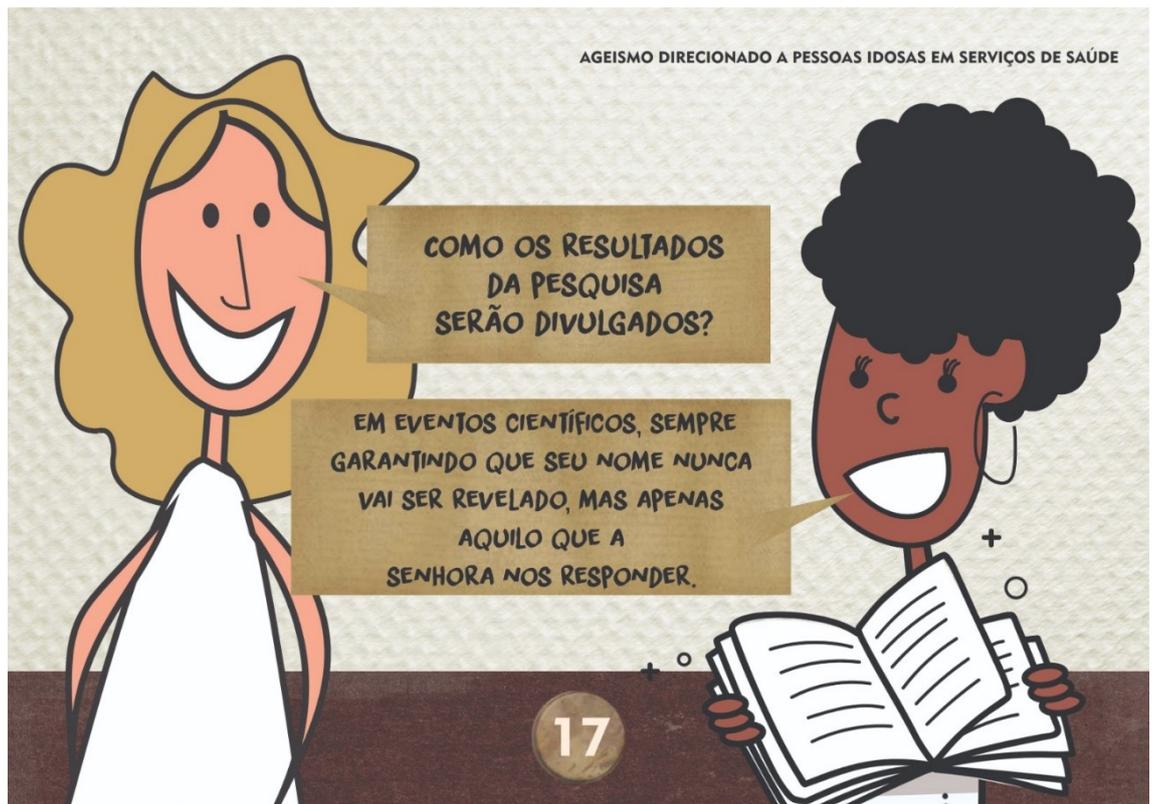
QUALIFICAR OS
PROFISSIONAIS DE SAÚDE, APOIAR AS
DECISÕES DOS GOVERNANTES E
ADMINISTRADORES PARA EVITAR QUE
AGEISMO CONTINUEM OCORRENDO
COM PESSOAS IDOSAS.

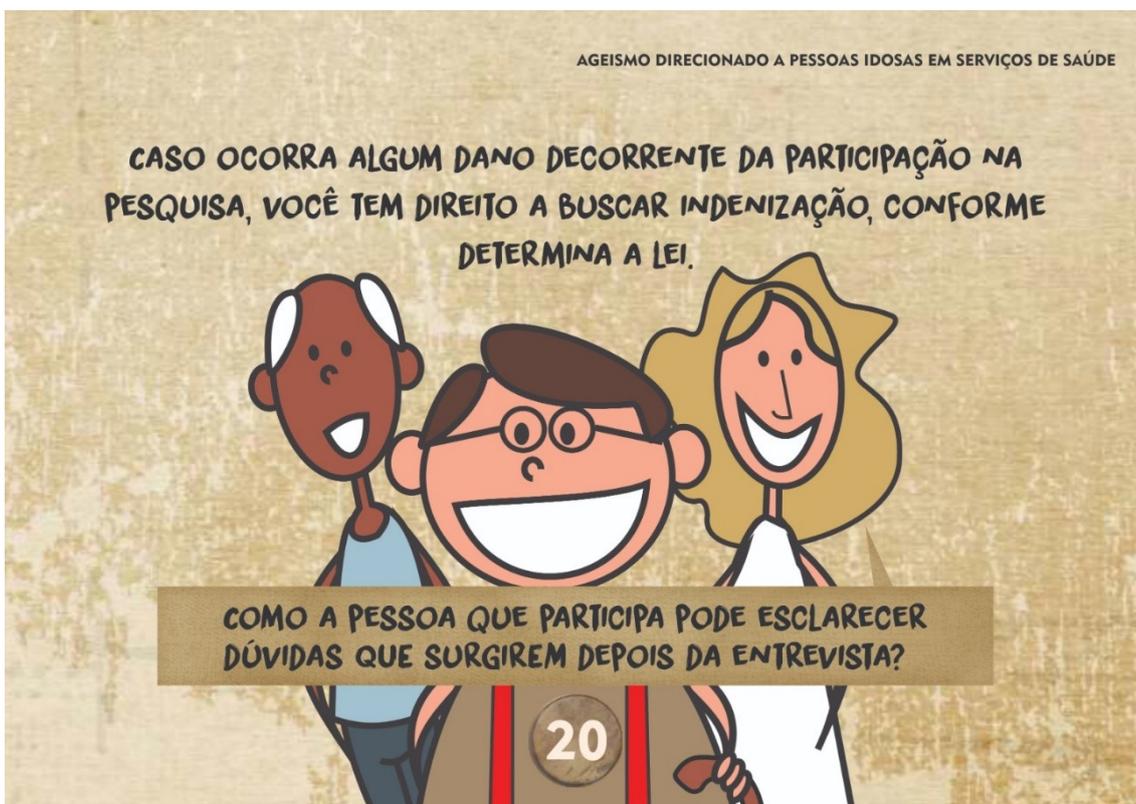
SUA PARTICIPAÇÃO PODE NOS
AJUDAR A ENCONTRAR FORMAS DE
PREVENIR ESSE PROBLEMA E
DIMINUI-LO COM O TEMPO.











AGEISMO DIRECIONADO A PESSOAS IDOSAS EM SERVIÇOS DE SAÚDE

EM CASO DE DÚVIDA ESTAREMOS DISPONÍVEIS NA SALA MT 63, MÓDULO 6, NA UEFS DO GRUPO DE PESQUISA COGITARE ÀS SEGUNDAS, QUARTAS E SEXTAS DAS 14 ÀS 17H, OU NO DEPARTAMENTO DE SAÚDE, MÓDULO 6, FONE: (75) 3161-5055.

DÚVIDAS SOBRE OS ASPECTOS ÉTICOS, VOCÊ PODE CONTACTAR COM O COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP/UEFS), ÓRGÃO RESPONSÁVEL POR AVALIAR E GARANTIR OS DIREITOS, INTEGRIDADE E DIGNIDADE DOS PARTICIPANTES DE PESQUISAS.

21



AGEISMO DIRECIONADO A PESSOAS IDOSAS EM SERVIÇOS DE SAÚDE

O CONTATO COM O COMITÊ DE ÉTICA PODE SER FEITO PELO TELEFONE: (75) 3161-8067, EMAIL: CEP@UEFS.BR OU PRESENCIALMENTE DE SEGUNDA À SEXTA, DE 13H30-17H30, NO MÓDULO I (MA17) DA UEFS, AV. TRANSNORDESTINA, S/Nº, BAIRRO NOVO HORIZONTE, CEP: 44036-900, FEIRA DE SANTANA - BA.

22



AGEISMO DIRECIONADO A PESSOAS IDOSAS EM SERVIÇOS DE SAÚDE

QUERO PARTICIPAR. O QUE
EU PRECISO FAZER?

ASSINAR UMA CÓPIA DESTE DOCUMENTO QUE ESTÁ EM FORMA DE
CARTILHA PARA FACILITAR O ENTENDIMENTO. SE TIVER ALGUMA
DIFICULDADE DE LEITURA PODE PEDIR PARA UMA PESSOA DE SUA
CONFIANÇA LER.



O(A) SENHOR(A) NECESSITA ASSINAR EM DUAS VIAS IGUAIS,
SENDO QUE UMA DESSAS VIAS FICARÁ COM VOCÊ E A
OUTRA VAI FICARÁ GUARDADA COM A
PESQUISADORA RESPONSÁVEL, QUE TAMBÉM VÃO ASSINAR.

FIM

ASSINATURA DO(A) PARTICIPANTE:

ASSINATURA DA PESQUISADORA RESPONSÁVEL

DATA

APÊNDICE D: Instrumento de coleta dos dados da fase empírica da análise do conceito.

Título: AGEÍSMO CONTRA PESSOAS IDOSAS EM SERVIÇOS DE SAÚDE: uma análise do conceito

PROFISSIONAIS DE SAÚDE

BLOCO A: Identificação

- Número da entrevista
- Sexo Idade
- Formação acadêmica (graduação, pós-graduação, especialização, residência etc)
- Local de trabalho e setor
- Tempo de formação
- Tempo de atuação na área de formação
- Tempo de atuação na unidade específica do estudo

BLOCO B: Entrevista em profundidade

1. ATRIBUTOS DO AGEÍSMO EM SERVIÇOS DE SAÚDE

- Você conhece ou já ouviu falar no termo ageísmo, preconceito etário (ou de idade), discriminação etária (ou de idade), estereótipos de idade (ou de idade), etarismo, velhismo, idadismo?
- Fale todas as palavras que vierem sua mente quando eu falo esses nomes acima.
- Percepção sobre essas formas de estereótipos, preconceito e discriminação;
- Descreva uma situação em que os profissionais de saúde agiriam por meio de estereótipos, preconceito e discriminação de idade em serviços de saúde;
- Descreva algumas expressões ou palavras que definem esta situação.

2. ANTECEDENTES DO AGEÍSMO EM SERVIÇOS DE SAÚDE

- Descreva possíveis causas para a situação que você descreveu acima;
- Porque o ageísmo ocorre em serviços de saúde;
- O que torna possível profissionais de saúde agirem com base em preconceitos, estereótipos e discriminação de idade;

3. CONSEQUÊNCIAS DO AGEÍSMO EM SERVIÇOS DE SAÚDE

- Quais as repercussões da situação descrita pelo(a) senhor(a) no item 1.
- Consequências do ageísmo contra pessoas em serviços de saúde (positivas e negativas);
 - para os idosos;
 - para os profissionais;
 - para os serviços de saúde;
 - para a sociedade como um todo;

Formas de prevenção e enfrentamento ao ageísmo.

APÊNDICE E: Instrumento de coleta dos dados da fase empírica do desenvolvimento do conceito.

Título: AGEÍSMO CONTRA PESSOAS IDOSAS EM SERVIÇOS DE SAÚDE: uma análise do conceito

PESSOAS IDOSAS

BLOCO A: Identificação

- Número da entrevista
- Sexo: Cor da pele:
- Idade: Nível de escolaridade
- Ocupação
- Renda
- Local da entrevista
- Se for familiar de idoso (qual o grau de parentesco ou tipo de vínculo)

BLOCO B: Entrevista em profundidade

ATRIBUTOS DO AGEÍSMO EM SERVIÇOS DE SAÚDE

- Você conhece ou já ouviu falar no termo ageísmo, etarismo, idadismo, termo preconceito etário (ou de idade), discriminação etária (ou de idade), estereótipos de idade (ou de idade), etarismo, velhismo, idadismo? O que seria?
- Fale todas as palavras que vierem sua mente quando eu falo esses nomes acima.
- Descreva uma situação em que você ou pessoas conhecidas vivenciaram situação de preconceito de idade e que foi praticado por profissionais de saúde em serviços de saúde;
- Descreva palavras que definem esta situação que você relatou acima.

ANTECEDENTES DO AGEÍSMO EM SERVIÇOS DE SAÚDE

- Descreva possíveis causas para as situações de preconceito de idade;
- Na sua vivência, porque ocorre preconceito de idade em serviços de saúde;
- Na sua opinião, o que leva profissionais de saúde a agirem com base em preconceitos, estereótipos e discriminação de idade;

CONSEQUÊNCIAS DO AGEÍSMO EM SERVIÇOS DE SAÚDE

- Quais as consequências da situação descrita pelo(a) senhor(a) no item 1 ou quais as consequências do preconceito de idade?
 - Fale sobre as consequências que do ageísmo contra pessoas em serviços de saúde (positivas e negativas);
 - para os idosos;
 - para os profissionais;
 - para os serviços de saúde;
 - para a sociedade como um todo;
- Formas de prevenção e enfrentamento a ageísmo;

Anexos



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
FEIRA DE SANTANA - UEFS



ANEXO A- PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA DA UEFS

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AGEÍSMO CONTRA PESSOAS IDOSAS EM SERVIÇOS DE SAÚDE: análise do conceito e formas de expressão deste fenômeno na pandemia da COVID-19

Pesquisador: PRICILA OLIVEIRA DE ARAÚJO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 59813522.8.0000.0053

Instituição Proponente: Universidade Estadual de Feira de Santana

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.663.592

Apresentação do Projeto:

O presente projeto tem como objetivos desenvolver o conceito de ageísmo dirigido a pessoas idosas em serviços de saúde, mapear os conhecimentos científicos sobre ageísmo dirigido a pessoas idosas em serviços de saúde, identificar os atributos, os antecedentes e os consequentes do conceito de ageísmo dirigido a pessoas idosas em serviços de saúde e conhecer como profissionais de saúde e as pessoas idosas percebem o ageísmo em serviços de saúde. A metodologia utilizada será o desenvolvimento do conceito será realizado a partir do modelo híbrido de Schawartz –Barcott e Kim (2000) que possui três fases:teórica, na qual será realizada identificação dos atributos, antecedentes e consequentes do conceito e cujo corpus de análise será selecionado por meio de uma revisão de escopo realizada a partir da metodologia do Joana Briggs Institute. Fase empírica, a pesquisadora vai a campo empírico, entrevistar profissionais de saúde e pessoas idosas para identificar os atributos, antecedentes e consequentes do conceito ageísmo contra pessoas idosas em serviços de saúde. Esta fase será realizada em serviços de saúde (Hospital GeralCleriston Andrade, Estratégia de Saúde Coletiva, Unidade de Alta Complexidade em Oncologia e Central de Regulação da Secretaria Municipal de Feira de Santana e Universidade Aberta à Terceira Idade. Todos os aspectos éticos da pesquisa serão observados e a fase de campo deste projeto só será ope



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
FEIRA DE SANTANA - UEFS



racionalizada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UEFS. A análise de dados será análise temática reflexiva de Braum e Clark (2019). A fase analítica será o confronto da fase teórica e empírica de forma a atualizar o conceito.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

GERAL

- Desenvolver o conceito de ageísmo contra pessoas idosas em serviços de saúde.

Objetivos Secundários:

ESPECÍFICOS

- Mapear os conhecimentos científicos sobre ageísmo dirigido a pessoas idosas em serviços de saúde;
- Identificar os atributos, os antecedentes e os consequentes do conceito de ageísmo dirigido a pessoas idosas em serviços de saúde;
- Conhecer como profissionais de saúde e as pessoas idosas percebem o ageísmo em serviços de saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Os possíveis riscos envolvidos são constrangimento devido a conflitos de opiniões ou medo de serem fiscalizados, auditados ou punidos de alguma forma, constrangimento ou vergonha. Caso isso aconteça a entrevista será interrompida e prestados apoio, escuta e será respeitado o desejo do participante de continuar ou remarcar a entrevista. Será ressaltado no convite aos (às) participantes da pesquisa o anonimato das informações e o sigilo da identidade, bem deixar claro a liberdade de desistir da pesquisa em qualquer momento, sem prejuízo algum para o depoente.

Benefícios: Esta pesquisa trará benefícios para os participantes do estudo na medida em que poderá contribuir para elucidar o fenômeno do preconceito de idade em serviços de saúde e suscitar reflexões a respeito desta temática dentro das instituições de saúde e nas práticas de cuidado entre profissionais x idosos, bem como implementar formas de enfrentamento ao preconceito e discriminação etária.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Riscos: Os possíveis riscos envolvidos são constrangimento devido a conflitos de opiniões ou medo de serem fiscalizados, auditados ou punidos de alguma forma, constrangimento ou vergonha. Caso isso aconteça a entrevista será interrompida e prestados apoio, escuta e será



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
FEIRA DE SANTANA - UEFS



Continuação do Parecer: 5.663.592

respeitado o desejo do participante de continuar ou remarcar a entrevista. Será ressaltado no convite aos (às) participantes da pesquisa o anonimato das informações e o sigilo da identidade, bem deixar claro a liberdade de desistir da pesquisa em qualquer momento, sem prejuízo algum para o depoente.

Benefícios: Esta pesquisa trará benefícios para os participantes do estudo na medida em que poderá contribuir para elucidar o fenômeno do preconceito de idade em serviços de saúde e suscitar reflexões a respeito desta temática dentro das instituições de saúde e nas práticas de cuidado entre profissionais x idosos, bem como implementar formas de enfrentamento ao preconceito e discriminação etária.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

No parecer anterior foram feitas as seguintes observações:

Na anuência da Secretaria Municipal de Saúde não informa o município e nem a matrícula da coordenadora. No texto do projeto não informa explicitamente como será a privacidade para a realização da entrevista com os participantes da pesquisa. No TCLE a autora afirma que toda pesquisa tem algum risco, mas que estes são poucos. Deve-se saber como essa informação é procedente.

Recomenda-se a leitura da norma operacional 001/2013. Recomenda-se que sejam utilizados os termos segundo a resolução CNS nº510/2016 TCLE passa a ser Registro de Consentimento Livre Esclarecido.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

No parecer anterior (CEP-UEFS 5.631.049) foi assim relatado:

Salvo melhor juízo o protocolo de pesquisa apresenta pendências. Solicita-se que as pendências abaixo sejam realizadas igualmente na plataforma, no projeto completo e nos documentos individuais inseridos na plataforma, quando for o caso, para padronizar as informações. Solicita-se ainda, quando da alteração, que o texto alterado seja escrito em cor diferente e que sejam informadas, em forma de carta resposta/ofício, a alteração e a página da alteração. De acordo com

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS

Bairro: Módulo I, MA 17

CEP: 44.031-460

UF: BA

Município: FEIRA DE SANTANA

Telefone: (75)3161-8124

E-mail: cep@uefs.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
FEIRA DE SANTANA - UEFS



Continuação do Parecer: 5.663.592

a relatoria existem as seguintes pendências:

1) Falta da assinatura e matrícula da encarregada da Secretaria Municipal de Saúde, bem como o logotipo com o nome do município;

Pendência atendida em documento anexo (Carta_resposta_12092022).

2) Explicar no texto do projeto como será realizada a privacidade da entrevista.

Pendência atendida em documento anexo (Carta_resposta_12092022).

3) Rever a expressão de que toda pesquisa tem riscos, mas são poucos. Preferencialmente explicitar os riscos e a forma de minimizá-los.

Pendência atendida em documento anexo (Carta_resposta_12092022).

Assim sendo consideramos o projeto aprovado para sua realização, salvo melhor juízo.

Após o atendimento das pendências, o Projeto está aprovado para execução, pois atende aos princípios bioéticos para pesquisa envolvendo seres humanos, conforme norma operacional 001/2013 e a Resolução nº 466/12 e 510/2016 (CNS).

Considerações Finais a critério do CEP:

Tenho muita satisfação em informar-lhe que seu Projeto de Pesquisa satisfaz às exigências da Res. 466/12 e 510/2016 e da norma operacional 001/2013. Assim, seu projeto foi Aprovado, podendo ser iniciada a coleta de dados com os participantes da pesquisa conforme orienta o Cap. X.3, alínea a - Res. 466/12 e Cap II da Res 510/2016. Relembro que conforme institui a Res. 466/12 e 510/2016, Vossa Senhoria deverá enviar a este CEP relatórios anuais de atividades pertinentes ao referido projeto e um relatório final tão logo a pesquisa seja concluída. Em nome dos membros CEP/UEFS, desejo-lhe pleno sucesso no desenvolvimento dos trabalhos e, em tempo oportuno, um ano, este CEP aguardará o recebimento dos referidos relatórios.

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS

Bairro: Módulo I, MA 17

CEP: 44.031-460

UF: BA

Município: FEIRA DE SANTANA

Telefone: (75)3161-8124

E-mail: cep@uefs.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
FEIRA DE SANTANA - UEFS



Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

continuação do Parecer: 5.663.592

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1961684.pdf	12/09/2022 11:22:33		Aceito
Outros	Carta_resposta.doc	12/09/2022 11:21:52	PRICILA OLIVEIRA DE ARAUJO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	RCLE_profissional_RCLE_idosos_adaptado.docx	12/09/2022 11:17:43	PRICILA OLIVEIRA DE ARAUJO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_unacon.pdf	12/09/2022 11:17:11	PRICILA OLIVEIRA DE ARAUJO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_smscarimbada.pdf	12/09/2022 11:16:49	PRICILA OLIVEIRA DE ARAUJO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_alterado.docx	12/09/2022 11:14:56	PRICILA OLIVEIRA DE ARAUJO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	anuencia_uati.pdf	15/06/2022 22:14:41	PRICILA OLIVEIRA DE ARAUJO	Aceito
Folha de Rosto	Folha_Rosto_Pricila.PDF	10/06/2022 09:11:50	PRICILA OLIVEIRA DE ARAUJO	Aceito
Brochura Pesquisa	Instrumentos_coleta_dados_profissionais_idosos.docx	08/06/2022 15:37:25	PRICILA OLIVEIRA DE ARAUJO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_Anuencia_HGCA.pdf	08/06/2022 15:35:52	PRICILA OLIVEIRA DE ARAUJO	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO_DETALHADO.docx	08/06/2022 15:34:51	PRICILA OLIVEIRA DE ARAUJO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_pesquisadoras.docx	08/06/2022 15:34:13	PRICILA OLIVEIRA DE ARAUJO	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	08/06/2022 15:22:43	PRICILA OLIVEIRA DE ARAUJO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS

Bairro: Módulo I, MA 17

CEP: 44.031-460

UF: BA

Município: FEIRA DE SANTANA

Telefone: (75)3161-8124

E-mail: cep@uefs.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
FEIRA DE SANTANA - UEFS



FEIRA DE SANTANA, 26 de Setembro de
2022

Assinado por:

Wânia Silveira da
Rocha
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS

Bairro: Módulo I, MA 17

CEP: 44.031-460

UF: BA

Município: FEIRA DE SANTANA

Telefone: (75)3161-8124

E-mail: cep@uefs.br