
UM INSTRUMENTO DE PESQUISA PARA A INVESTIGAÇÃO DE INFORMAÇÕES SOBRE O ENVELHECIMENTO HUMANO NO BRASIL: o questionário de Palmore adaptado

*A research tool for inquiry of information about human aging in Brazil:
the Palmore questionnaire adapted*

Herbert Rubens Koch Filho¹, Luiza Foltran de Azevedo Koch², Julio César Bisinelli³, Samuel Jorge Moysés⁴, Simone Tetu Moysés⁵, Beatriz Helena Sottile França⁶

¹ DDS, M. Sc., Professor, PUCPR, Curitiba, PR - Brasil, e-mail: h.koch@pucpr.br

² DDS, M. Sc., Stomatologist, Private Practice, Curitiba, PR - Brasil.

³ DDS, M. Sc., Ph.D., Oral and Maxillofacial Surgery, PUCPR, Curitiba, PR - Brasil.

⁴ DDS, M. Sc., Ph.D., Epidemiology and Public Health, PUCPR, Curitiba, PR - Brasil.

⁵ DDS, M. Sc., Ph.D., Epidemiology and Public Health, PUCPR, Curitiba, PR - Brasil.

⁶ DDS, M. Sc., Ph.D., Professor of Ethics in Dentistry, PUCPR, Curitiba, PR - Brasil.

Resumo

Em 1977, Erdman Palmore criou um questionário baseado em afirmações factuais sobre o envelhecimento humano, as quais podem ser documentadas por meio de pesquisa empírica. Embora tenha sido idealizado há 30 anos, ainda hoje este instrumento de investigação tem sido utilizado em pesquisas sobre o envelhecimento. Apresenta-se uma revisão da literatura sobre os aspectos fisiológicos, com o objetivo de fundamentar e de validar as respostas predeterminadas como verdadeiras ou falsas.

Palavras-chave: Envelhecimento humano; Envelhecimento no Brasil; Pesquisa sobre envelhecimento.

Abstract

In 1977, Erdman Palmore created a questionnaire based on factual assertions about human aging, which can be documented through empirical research. Although idealized 30 years ago, still today this instrument research has been used in research on aging. A review of the national literature on the physiological and behavioral issues raised in the questionnaire by Palmore, adapted to the reality of Brazilian by Cerri and Bolzani, it is presented in order to justify and validate the responses pre-determined as true or false.

Keywords: Human aging; Aging in Brazil; Human aging research.

INTRODUÇÃO

A noção de fragilidade física, geralmente agregada à imagem de incapacidade, atribuiu à velhice alguns estereótipos negativos, tais como todos os idosos são iguais e decadentes, dependentes física e economicamente, doentes, com dificuldades de memória e tristes (1).

Em contraposição a esta visão, surgiu o paradigma do envelhecimento ativo, estruturado na possibilidade contínua de saúde física, social e mental (1).

Erdman Palmore (2) criou um questionário – *Facts on Aging Quiz (FAQ)* – com o

propósito de apresentar à comunidade científica um instrumento de investigação sucinto, baseado em afirmações factuais sobre o envelhecimento humano, documentadas por meio de pesquisa empírica (Quadro 1). O autor sugere que este questionário seja aplicado para estimular discussões em grupo, bem como para mensurar e comparar níveis gerais de informação entre diferentes grupos a respeito do envelhecimento humano.

Composto por 25 questões com respostas dicotômicas tipo verdadeiro (V) ou falso (F), este instrumento de pesquisa também registra a maioria dos equívocos sobre o tema (2).

QUADRO 1 - *FAQ* modificado por Cerri e Bolzani (2004)

N	Questões	Opção	
Q1	01) A maioria dos idosos (idade de 60/65 anos e mais) é senil (têm memória deficiente, são desorientados ou dementes).	(V)	(F)
Q2	02) Todos os cinco sentidos tendem a declinar com a velhice.	(V)	(F)
Q3	03) A maioria dos idosos não tem interesse ou capacidade para se relacionar sexualmente.	(V)	(F)
Q4	04) A capacidade pulmonar tende a declinar na velhice.	(V)	(F)
Q5	05) A maioria dos idosos sente-se miserável a maior parte do tempo.	(V)	(F)
Q6	06) A força física tende a declinar na velhice.	(V)	(F)
Q7	07) Pelo menos 20% dos idosos brasileiros vivem há muito tempo em instituições, hospitais, casas de repouso, asilos, etc.	(V)	(F)
Q8	08) Motoristas idosos sofrem menos acidentes do que motoristas com menos de 60/65 anos.	(V)	(F)
Q9	09) A maioria dos trabalhadores idosos não consegue trabalhar tão efetivamente quanto os trabalhadores mais jovens.	(V)	(F)
Q10	10) Aproximadamente 80% dos idosos são saudáveis o suficiente para exercer suas atividades normais.	(V)	(F)
Q11	11) A maioria dos idosos não muda seu ponto de vista, sua maneira de pensar ou agir facilmente.	(V)	(F)
Q12	12) Idosos normalmente levam mais tempo para aprender algo novo.	(V)	(F)
Q13	13) É quase impossível para a maioria dos idosos aprender algo novo.	(V)	(F)
Q14	14) O tempo de reação da maioria dos idosos tende a ser mais lento que o tempo de reação das pessoas mais jovens.	(V)	(F)
Q15	15) Em geral, a maioria dos idosos é muito parecida em sua atitude ou modo de agir.	(V)	(F)
Q16	16) A maioria dos idosos raramente é chata.	(V)	(F)
Q17	17) A maioria dos idosos vive socialmente isolada e solitária.	(V)	(F)
Q18	18) Trabalhadores idosos sofrem menos acidentes que trabalhadores jovens.	(V)	(F)
Q19	19) Nove por cento (9%) da população brasileira têm agora (2004/06) sessenta (60) anos ou mais.	(V)	(F)
Q20	20) A maioria dos agentes de saúde tende a dar pouca prioridade para pacientes idosos.	(V)	(F)
Q21	21) A maioria dos idosos brasileiros vive com aposentadorias muito baixas (aproximadamente um salário mínimo – R\$ 300,00).	(V)	(F)
Q22	22) A maioria dos idosos exerce alguma atividade ou gostaria de exercer alguma ocupação, incluindo trabalhos de casa ou voluntariado.	(V)	(F)
Q23	23) Idosos tendem a ficar mais religiosos com o passar da idade.	(V)	(F)

FONTE: Cerri e Bolzani, 2004.

O *FAQ* teve sua validade e confiança documentada por Holtzman e Beck (3) e por Klemmark e Durand (4).

Cerri e Bolzani, com o objetivo de avaliar o nível de conhecimento que os cirurgiões-dentistas da rede pública de Campinas, Brasil, possuíam a

respeito do envelhecimento, modificaram e adaptaram o questionário à realidade brasileira (5).

O questionário modificado ficou composto por 23 questões (Quadro 2), sendo que as questões 24 e 25 do questionário original de Palmore foram excluídos.

QUADRO 2 - *FAQ* de Palmore (1977)

1.	The majority of old people (past age 65) are senile (i.e. defective memory, disoriented, or demented).	(T)	(F)
2.	All five senses tend to decline in old age.	(T)	(F)
3.	Most old people have no interest in, or capacity for, sexual relations.	(T)	(F)
4.	Lung capacity tends to decline in old age.	(T)	(F)
5.	The majority of old people feel miserable most of the time.	(T)	(F)
6.	Physical strength tends to decline in the old age.	(T)	(F)
7.	At least one-tenth of the aged are living in long-stay institutions (i.e. nursing homes, mental hospitals, homes for the aged, etc.).	(T)	(F)
8.	Aged drivers have fewer accidents per person than drivers under age 65.	(T)	(F)
9.	Most older workers cannot work as effectively as younger workers.	(T)	(F)
10.	About 80% of the aged are healthy enough to carry out their normal activities.	(T)	(F)
11.	Most old people are set in their ways and unable to change.	(T)	(F)
12.	Old people usually take longer to learn something new.	(T)	(F)
13.	It is almost impossible for most old people to learn new things.	(T)	(F)
14.	The reaction time of most old people tends to be slower than reaction time of younger people.	(T)	(F)
15.	In general, most old people are pretty much alike.	(T)	(F)
16.	The majority of old people are seldom bored.	(T)	(F)
17.	The majority of old people are socially isolated and lonely.	(T)	(F)
18.	Older workers have fewer accidents than younger workers.	(T)	(F)
19.	Over 15% of the U.S. population are now age 65 or over.	(T)	(F)
20.	Most medical practitioners tend to give low priority to the aged.	(T)	(F)
21.	The majority of older people have incomes below the poverty level (as defined by the Federal Government.).	(T)	(F)
22.	The majority of old people are working or would like to have some kind of work to do (including housework and volunteer work.).	(T)	(F)
23.	Older people tend to become more religious as they age.	(T)	(F)
24.	The majority of old people are seldom irritated or angry.	(T)	(F)
25.	The health and socioeconomic status of older people (compared to younger people) in the year 2000 will probably be about the same as now.	(T)	(F)

FONTE: Palmore, 1977.

O presente estudo é uma revisão da literatura que objetiva atualizar o embasamento teórico nacional sobre os aspectos fisiológicos e comportamentais abordados no questionário adaptado à realidade brasileira, bem como fundamentar e validar as respostas predeterminadas como verdadeiras ou falsas.

REVISÃO DA LITERATURA

Afirmativa 1: *A maioria dos idosos (idade acima dos 65 anos) é senil (têm memória deficiente, são desorientados ou dementes) (Falso).*

Papaléo Netto e Ponte (6) verificaram que, com o passar dos anos, ocorre perda das células cerebrais de 0,2% por ano de existência, mas que, apesar destas alterações, estudos populacionais demonstraram que há preservação do intelecto e das demais funções mentais no envelhecimento normal.

Guimarães Júnior e Birman afirmam que, apesar da perda neuronal, os dendritos continuam a multiplicar-se, possibilitando aos idosos a possibilidade de aprendizagem e de memorização (7).

Afirmativa 2: *Todos os cinco sentidos tendem a declinar com a velhice (Verdadeiro).*

A velhice é um período de vida acompanhada de gradativa diminuição da habilidade de ouvir frequências altas, de redução na capacidade de focar objetos e da queda gradual da capacidade de percepção de odores e dos sabores primários (8, 9, 10).

A audição do idoso apresenta alteração no limiar de sensibilidade aos sons, com comprometimento específico na percepção das altas frequência e redução no entendimento das palavras. A visão periférica, a acuidade visual central e a sensibilidade para contrastes e cores declinam, prevalecendo também doenças que interferem com a capacidade visual (11). Ocorre também diminuição da sensibilidade tátil (12).

Afirmativa 3: *A maioria dos idosos não tem interesse ou capacidade para se relacionar sexualmente (Falso).*

Acreditava-se que, por volta dos 50 anos de idade, o declínio da função sexual era inevitável, face à instalação da menopausa feminina e à progressiva disfunção erétil masculina (13).

Ribeiro (14) afirma que o interesse sexual do idoso é mais amplo do que se pensa e mais do que eles mesmos imaginam. O mito da velhice assexuada reforça a imagem preconceituosa de que a expressão da sexualidade pelas pessoas na “terceira idade” é tida como um desvio, originando um verdadeiro tabu frente ao namoro entre idosos (15).

Bodachne (16) ensina que é falso o conceito de que pessoas idosas não têm desejo sexual.

Afirmativa 4: *A capacidade pulmonar tende a declinar na velhice (Verdadeiro).*

Com o envelhecimento, ocorrem modificações na morfologia do tórax, redução da elasticidade e atrofia dos músculos esqueléticos e diminuição de articulação das costelas (8).

As alterações anatômicas e funcionais que ocorrem no sistema respiratório a partir dos 40 anos acabam por levar à gradativa redução da capacidade respiratória (12,16).

Afirmativa 5: *A maioria dos idosos sente-se miserável a maior parte do tempo (Falso).*

Gatto (17) observa que a superação de fatos ruins que possam ser vivenciados pelos idosos é muito pessoal, mas que a maioria deles enfrenta tais situações com muita coragem e criatividade.

O fato de os idosos procurarem atividades como as promovidas pelas Universidades de Terceira Idade ressalta o gosto por aprender, a busca de realização de sonhos e projetos de vida adiados e a necessidade dos idosos sentirem-se ativos, atualizados e inseridos na sua comunidade (18).

A maioria dos idosos exige não depender de ninguém para garantir o próprio bem-estar (19). Quando um idoso é privado de decidir e escolher seu caminho, de exercer suas atividades corriqueiras a seu modo, sente-se infeliz, impotente e despojado de auto-realização (20).

Afirmativa 6: *A força física tende a declinar na velhice (Verdadeiro).*

Simultaneamente às alterações musculares e articulares ocorre a diminuição da força física (21), variável em relação aos grupos musculares e de indivíduo para indivíduo (8, 22).

O decréscimo da força muscular é cerca de 40% nos membros inferiores e 30% nos superiores, quando comparando uma pessoa de 80 anos de idade com uma de 30 anos (22).

Afirmativa 7: *Pelo menos 20% dos idosos brasileiros vivem há muito tempo em instituições, hospitais, casas de repouso, asilos, etc. (Falso).*

Esta foi uma das questões modificadas e adaptadas à realidade brasileira no questionário em estudo. Cuidados institucionais não são práticas comuns nas sociedades latinas (23).

Em 2002 existiam 19.000 idosos institucionalizados, representando cerca de 0,14% do total de idosos brasileiros (24). Porém, os dados referentes à institucionalização ainda não são exatos, pois existem muitas Instituições de Longa Permanência para Idosos não-cadastradas e que funcionam na clandestinidade (23, 25).

Afirmativa 8: *Motoristas idosos sofrem menos acidentes que motoristas com menos de 65 anos (Verdadeiro).*

Os idosos são mais prudentes no trânsito, respeitam a sinalização, não excedem a velocidade e não são responsáveis por um número significativo de acidentes (16).

As vítimas mais freqüentes são homens jovens, embora os coeficientes de mortalidade sejam mais altos entre os idosos (26).

Idosos afetados por causas externas, como acidentes de trânsito, geralmente são pessoas independentes que, após estes eventos, muitas vezes, perdem esta condição, deteriorando seus estados de saúde física e mental (27).

Afirmativa 9: *A maioria dos trabalhadores idosos não consegue trabalhar tão efetivamente quanto trabalhadores mais jovens (Falso).*

O envelhecimento humano ocasiona gradativa diminuição da habilidade funcional, podendo interferir no equilíbrio entre a capacidade e as demandas do trabalho (28). Apesar da piora na percepção e na velocidade de reação, a maioria dos trabalhadores idosos geralmente desempenha suas funções tão bem quanto os mais jovens (2).

A aquisição de conhecimentos e a possibilidade de exercer um papel de vetor de transmissão às gerações mais novas contrapõem-se à perda do ritmo de vida característica da população idosa (29).

Afirmativa 10: *Aproximadamente 80% dos idosos são saudáveis o suficiente para exercer suas atividades normais (Verdadeiro).*

A imagem dos idosos associada à doença não corresponde à verdade, pois 80% deles mantêm preservadas sua autonomia e independência (30).

O fato de que a maioria dos idosos seja acometida de uma ou mais doenças crônicas não-transmissíveis não significa que eles sejam incapazes de exercer sua autonomia (31).

A maioria dos idosos encontra-se bem de saúde, mas é necessário levar em consideração que eles compõem um grupo heterogêneo também em relação à saúde. Embora 80% da população idosa seja considerada saudável, também existe substancial parcela de demandas por serviços de saúde geradas por um subgrupo relativamente pequeno (32).

Afirmativa 11: *A maioria dos idosos não muda seu ponto de vista, sua maneira de pensar ou agir facilmente (Falso).*

As pessoas possuem suficiente plasticidade cognitiva, afetiva e emocional para assimilar os processos adaptativos impostos pela velhice,

podendo, inclusive, enriquecer e modificar seus comportamentos (33). Os idosos, por meio da experiência acumulada e da criatividade, aprendem a adaptar-se a novas situações (17).

Afirmativa 12: *Idosos normalmente levam mais tempo para aprender algo novo (Verdadeiro).*

A aprendizagem ocorre quando uma pessoa tem a capacidade de resgatar informações guardadas na memória. A idade pode trazer ao indivíduo problemas em lidar com grande quantidade de informações, sendo necessário mais tempo para aprendê-las, ou que haja a repetição destas até que sejam compreendidas (34, 35).

Afirmativa 13: *É quase impossível para a maioria dos idosos aprender algo novo (Falso).*

Os idosos têm plenas condições de aprendizado, porém com velocidade reduzida (16). A capacidade de mudança, de aprendizagem e de desejo dos idosos é muitas vezes subestimada (36). Apesar de ocorrerem modificações neuronais no organismo das pessoas idosas, continua ser possível o aprendizado e a memória (7, 34).

Afirmativa 14: *O tempo de reação da maioria dos idosos tende a ser mais lento que o tempo de reação das pessoas mais jovens (Verdadeiro).*

O processo de envelhecimento traz alterações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas que acarretam na perda progressiva da capacidade adaptativa ao meio ambiente (7). Este é o principal agente de integração das atividades orgânicas e, portanto, fundamental no equilíbrio homeostático (15).

Com o envelhecimento, observa-se lentidão de movimentos, tanto no início quanto nas ações de redirecionamento (9).

Afirmativa 15: *Em geral, a maioria dos idosos é muito parecida em suas atitudes ou modo de agir (Falso).*

No Brasil coexistem várias realidades econômicas, sociais, culturais, psicológicas e de saúde entre os idosos, tornando-os parte de um grupo bastante heterogêneo (37).

A velhice é um período vivenciado de forma diversificada nas diferentes camadas, segmentos ou classes sociais, como se o fim da vida reproduzisse e ampliasse as desigualdades sociais vividas (38).

O envelhecimento traz alterações biofisiológicas, produzindo declínio das funções orgânicas. O ritmo de envelhecimento é diferente, seja de um órgão para outro no mesmo indivíduo, seja com os idosos de mesma idade. Justifica-se a observação corriqueira de que o envelhecimento produz efeitos diferentes de uma pessoa à outra (6).

Afirmativa 16: *A maioria dos idosos raramente é chata (Verdadeiro).*

Na sociedade ocidental, os idosos têm sido estereotipados como sendo indivíduos senis, aborrecidos, inúteis e dependentes, mas estas imagens não correspondem à realidade (39).

Os idosos, quando se engajam em alguma forma de participação social, mostram mudanças consideráveis no comportamento, que logo após a aposentadoria eram apáticas, implicantes, resistentes e até agressivas nos seus relacionamentos interpessoais (40).

Afirmativa 17: *A maioria dos idosos vive socialmente isolada e solitária (Falso).*

A solidão e o isolamento são inversamente proporcionais às esperanças de reencontro e de novos relacionamentos. Quando os idosos gozam de boa saúde, torna-se mais fácil a ocupação do tempo com atividades sociais (16, 41).

O número de pessoas que chegam à terceira idade em melhores condições de saúde, reivindicando espaços e oportunidades sociais, é cada vez maior (42).

Centros de convivência, Universidades abertas à terceira idade, bem como os espaços de convivência social têm sido cada vez mais procurados pelos idosos como atividades de socialização e aprendizagem (40, 43).

Em relação à moradia, o percentual de idosos brasileiros morando sozinhos, em 2002, era de 12,1%, enquanto que 24,9% viviam com seu cônjuge apenas, porém sem a presença de filhos ou parentes, 24,8% moravam sem cônjuge, porém com filhos ou parentes, e 37,9% moravam com cônjuge e com filhos e parentes; sendo que aproximadamente 65% dos idosos eram a referência familiar (44).

Afirmativa 18: *Trabalhadores idosos sofrem menos acidentes que trabalhadores jovens (Verdadeiro).*

Os acidentes de trabalho são classificados de acordo com a forma de sua ocorrência em três tipos: acidente típico, de trajeto e por doença (45).

Nos anos de 1991 e 1992, Waldvogel e Silva (28) verificaram que embora o percentual de acidentes de trabalho fosse menor entre os idosos, a possibilidade de que estes representem eventos fatais nesta faixa etária é maior.

Afirmativa 19: *Nove por cento (9%) a população brasileira têm agora (2004) 60 anos ou mais (Verdadeiro).*

Cerri e Bolzani (5) transformaram esta questão para a realidade brasileira e questionam a respeito do contingente de idosos ser 9% da população total.

No ano 2000, os 14,5 milhões de idosos representavam 8,6% da população (46).

Em 2002, o contingente de idosos brasileiros era de 16 milhões de pessoas representando o total de 9,3% da população (47). No ano 2003, o percentual de idosos (16,7 milhões) na população chegou a 9,6% (48).

Afirmativa 20: *A maioria dos agentes de saúde tende a dar pouca prioridade para pacientes idosos (Verdadeiro).*

Enquanto que na maioria dos países desenvolvidos ocidentais – e também na Ásia – o processo de envelhecimento populacional e seus desdobramentos foram alvos de preocupação por parte do Estado, a América Latina e os países não-desenvolvidos de uma maneira geral pecam pela falta de estudos, pesquisas, programas, planos e políticas direcionadas às pessoas idosas, salvo algumas exceções (49).

No campo da formação e desenvolvimento profissional, observam-se problemas na graduação, na profissionalização técnica e na pós-graduação, sugerindo desvinculação dos interesses profissionais com a realidade da população idosa (50).

A política de desenvolvimento dominante nas sociedades industrializadas e urbanizadas sempre teve mais interesse na população materno-infantil e com os jovens, pois investir neles é ter retorno potencial de uma vida útil e produtiva (51). O sistema de atendimento à saúde no Brasil é tipicamente voltado para as populações mais jovens, especialmente infantes e crianças (52).

Caldas (53) observa que os sistemas de saúde público e privado não estão preparados para atender nem a demanda de idosos que cresce a cada dia, nem a de seus familiares.

A abordagem das políticas de Saúde deve ir além das discussões teóricas, tornando-se mais efetivas, levando em conta a situação particular de cada região e o contexto de cada idoso, não esquecendo das dimensões éticas na pesquisa e trato com idosos (38).

Afirmativa 21: *A maioria dos idosos brasileiros vive com aposentadorias muito baixas (aproximadamente um salário mínimo – R\$ 240,00) (Verdadeiro).*

Esta é a última questão modificada e adaptada à realidade brasileira por Cerri e Bolzani (5).

Em relação à renda familiar em 2001, observou-se que 41,4% os idosos estavam inseridos em famílias cuja renda *per capita* era inferior a um salário mínimo (46). Em 2002, esta porcentagem foi de 43% (47, 54).

Afirmativa 22: *A maioria dos idosos exerce alguma atividade ou gostaria de exercer alguma ocupação (incluindo trabalhos de casa ou voluntariado) (Verdadeiro).*

Furtado (55) afirma que em 2003 havia 5,2 milhões de trabalhadores idosos, sendo que 41,6% trabalhavam por conta própria; 7,6% eram proprietários de empreendimentos; 19,3% ocupavam-se com produção para consumo próprio; e 5,5% não eram remunerados, mas auxiliavam algum tipo de atividade econômica da família.

Nos países em desenvolvimento, vários idosos continuam a trabalhar ativamente no setor de trabalho informal, em trabalhos domésticos, atividades autônomas de pequena escala ou em atividades voluntárias (56).

Afirmativa 23: *Idosos tendem a ficar mais religiosos com o passar da idade (Falso).*

Religiosidade pode ser definida como sendo o conjunto de atributos relativos a uma crença ou espiritualidade e de como se estabelece uma relação entre um ser ou força superior e o homem (57).

A geração atual de pessoas mais idosas tende a ser mais religiosa que a geração mais jovem, porém isso parece ser uma diferença de gerações (5).

Um estudo feito em uma população que em 1940 tinha entre 0 e 9 anos de idade e que em 2000 já se enquadrava na classificação cronológica de idosos, mostrou que, à medida que a faixa etária

aumentou, houve tendência de abandono das religiões de maneira geral (58).

Coutinho et al. (59) verificaram que, em relação a idosos que sofrem de depressão, além dos tratamentos reconhecidos, é comum o uso de modalidades ancoradas na religiosidade, que remete à fé e à crença em Deus. Para Faria e Seidl (57), muitas pessoas, independente da idade, recorrem a Deus como recurso cognitivo, emocional ou comportamental para o enfrentamento de seus problemas de saúde.

DISCUSSÃO

Embora tenha sido idealizado há 29 anos, o questionário de Palmore ainda hoje é utilizado em pesquisas sobre o envelhecimento (60, 61).

Gambert (60) utilizou-o junto aos médicos residentes e estudantes de enfermagem num Hospital de Baltimore e verificou que a utilização do questionário foi de suma importância para que os alunos mudassem a visão estereotipada em relação aos idosos e estimulassem o interesse para estudar sobre o assunto.

Pennington et al. (62) utilizaram uma versão modificada para a realidade da Nova Zelândia, onde foi acrescentada, ainda, uma terceira opção de resposta, além de “verdadeiro” ou “falso”: a de “não sei”. Os autores afirmam que a adição desta resposta reduziu a adivinhação de algumas questões e aumentou a consistência interna do instrumento.

Cerri e Bolzani (5) modificaram e adaptaram o questionário à realidade brasileira e enviaram para 87 cirurgiões-dentistas da assistência básica da rede de saúde pública da cidade de Campinas, sendo que destes, 75 (86,20%) foram respondidos e devolvidos.

Leão e Oliveira (63) afirmam que dentre as justificativas para a adaptação de um questionário está a possibilidade de que este tenha sido elaborado em uma cultura diferente daquela onde vai ser utilizado.

No trabalho de Cerri e Bolzani (5), alguns cirurgiões-dentistas abstiveram-se de responder a todas as questões. O envio de questionários pode trazer alguns inconvenientes, como a demora em se obter retorno do instrumento, podendo este estar preenchido total ou parcialmente, além de gerar incerteza de que o preenchimento foi realizado pelo destinatário (63).

Koch Filho (64), com o objetivo de verificar o nível de informação sobre o envelhecimento humano entre os acadêmicos do último ano dos cursos de Odontologia da cidade de Curitiba, Brasil, em 2006, utilizou o questionário modificado por Cerri e Bolzani (5). Neste estudo, utilizou-se o método de autorrelatos, o qual consiste na aplicação dos questionários por um investigador na presença do(s) entrevistado(s). Os questionários foram totalmente respondidos por 100% dos participantes (N=294 indivíduos).

O questionário original de Palmore (2) é composto de 25 perguntas das quais as questões 24 e 25 não compuseram o instrumento modificado por Cerri e Bolzani (5). Não foram encontradas justificativas junto ao trabalho destes autores sobre o porquê destas questões não terem sido contempladas na modificação e adaptação do questionário.

Mesmo assim, Koch Filho (64) utilizou esta versão de 23 questões, de modo a padronizar o instrumento e possibilitar análises numéricas compatíveis, pois estes dois estudos são, até o momento, os únicos que utilizaram este instrumento de investigação modificado à realidade brasileira.

Sobre as modificações feitas nas questões 7, 19 e 21:

Na questão 7, o texto original de Palmore (2) refere-se à afirmação de que aproximadamente um décimo dos idosos norte-americanos estaria vivendo em instituições de longa permanência, hospitais, residências para idosos, etc. Cerri e Bolzani (5) modificaram a questão para “cerca de 20% dos idosos brasileiros vivem há muito tempo em instituições, hospitais, casas de repouso, asilos, etc.”.

Na questão 19, Palmore (2), em seu trabalho original, refere-se a uma população de idosos norte-americanos maior do que 15%. Cerri e Bolzani (5) modificaram a redação desta afirmativa para: “9% da população brasileira têm agora (2004) 60 anos ou mais”. Sobre esta questão em particular, observa-se que estes autores introduziram uma modificação no corte etário, pois o limite cronológico inferior adotado em países em desenvolvimento, como o Brasil, é de 60 anos.

Cerri e Bolzani (5) não utilizaram esta modificação de corte etário nas questões 1 e 8;

Koch Filho (64) aplicou esta alteração junto a estas questões.

Ainda sobre a questão 19, há de se considerar que quando os autores da adaptação questionário à realidade brasileira explicitam 9%, referindo-se a uma porcentagem exata, tornam a pergunta vulnerável, pois atualmente a resposta para esta indagação deveria ser “falso”. Segundo a Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (48), no ano 2003, o percentual de idosos na população chegou a 9,6%, ou seja, acima de 9%. Dessa forma, para que esta afirmativa 19 seja considerada “verdadeira”, o texto deveria ser melhor redigido, como “aproximadamente 9% da população”.

Outro fato a se considerar é a cada ano incorporam-se à população brasileira cerca de 650 mil idosos (65), fato que concretiza a afirmativa 19 como sendo “falsa”.

Palmore (2) traz na afirmativa 21 a redação de que “a maioria dos idosos norte-americanos vive com renda abaixo da linha de pobreza”.

Na versão de Cerri e Bolzani (5), o texto apresentado cita o seguinte texto: “a maioria dos idosos brasileiros vive com aposentadorias muito baixas (aproximadamente um salário mínimo – R\$ 240,00)”. Quando há referência ao salário mínimo em termos numéricos, pode-se pressupor que este salário seja sempre deste valor. Isso faz com que pesquisadores que venham a utilizar este parâmetro em futuras pesquisas tenham que atualizar constantemente o valor, como no caso do estudo realizado por Koch Filho (64), ou que não utilizem valores.

CONCLUSÕES

O paradoxo entre envelhecimento mórbido e ativo sugere a necessidade da pesquisa de informações esclarecedoras sobre o processo de envelhecimento, principalmente devido à atual conjuntura de transição demográfica brasileira.

O questionário em questão é um instrumento que tem sido utilizado em muitos países, há mais de trinta anos, para mensurar e comparar os níveis de informação sobre o envelhecimento humano, além de possibilitar a discussão sobre o tema.

Porém, as diferentes realidades encontradas nos diferentes países, decorrentes principalmente de diferentes culturas, requerem a adaptação deste instrumento de investigação.

REFERÊNCIAS

1. Koch Filho HR, Bisinelli JC. Abordagem de famílias com idosos. In: Moysés ST, Kriger L, Moysés SJ. Saúde bucal das famílias: Trabalhando com evidências. São Paulo: Artes Médicas; 2008. p. 236-245.
2. Palmore E. Facts on aging: a short quiz. *Gerodontologist*. 1977;17(4):315-320.
3. Holtzman JM, Beck JD. Palmore's facts on aging quiz: a reappraisal. *Gerodontologist*. 1979;19(1):116-120.
4. Klemmark, DL, Durand RM. Who knows how much about aging? *Research on Aging*. 1980;2(4):432-444.
5. Cerri P, Bolzani VA. Avaliação do conhecimento do cirurgião-dentista que trabalha na rede de saúde pública de Campinas sobre envelhecimento [Monografia de Especialização]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de Campinas (CCV-Odontologia); 2004.
6. Papaléo Netto M, Ponte JR. Envelhecimento: desafio na transição do século. In: Papaléo Netto M. *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Atheneu; 2005. p. 3-12.
7. Guimarães Jr J, Birman EG. Estomatologia geriátrica. In: Rode, SM, Gentil, SN, coordenadores. Congresso Internacional de Odontologia de São Paulo. Atualização em Odontologia. São Paulo: Artes Médicas; 2004. p. 605-615.
8. Brunetti RF, Montenegro FLB. Odontogeriatrics: noções de interesse clínico. São Paulo: Artes Médicas; 2002. p. 1-26.
9. Mendonça LIZ. Envelhecimento neurológico. In: Carvalho Filho ET, Papaléo Netto M. *Geriatrics: fundamentos, clínica e terapêutica*. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 2005. p. 95-101.
10. Mansur L, Viude, A. Aspectos fonoaudiológicos do envelhecimento. In: Papaléo Netto M. *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Atheneu; 2005. p. 284-96.
11. Cabrera M. Aspectos biológicos do envelhecimento: bases biológicas, fisiológicas e imunológicas. In: Campostrini E. *Odontogeriatrics*. Rio de Janeiro: Revinter; 2004. p. 16-20.
12. Carvalho Filho ET. Fisiologia do envelhecimento. In: Papaléo Netto M. *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Atheneu; 2005. p. 60-70.
13. Vasconcellos D, Novo RF, Castro OP, Vion-Dury K, Ruschel A, Couto, MCP, et al. A sexualidade no processo do envelhecimento: novas perspectivas – comparação transcultural. *Est Psicol*. 2004;9:413-419.
14. Ribeiro A. Sexualidade na terceira idade. In: Papaléo Netto M. *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Atheneu; 2005. p. 124-135.
15. Piñeiro WE. O envelhecimento e seu enquadramento pelo Direito: envelhecer e direitos do homem. *Revista Magis*. 2003; Caderno Fé Cult:17-41.
16. Bodachne L. Como envelhecer com saúde. 2ª ed. Curitiba: Champagnat; 1996.
17. Gatto IB. Aspectos psicológicos do envelhecimento. In: Papaléo Netto M. *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Atheneu; 2005. p. 109-113.
18. Cachioni M, Neri AL. Educação e Gerontologia: desafios e oportunidades. *RBCEH – Rev Bras Ci Envelhec Hum*. 2004;1(1):99-115.
19. Paschoal SMP. Autonomia e independência. In: Papaléo Netto M. *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Atheneu, 2005. p. 313-323.
20. Argimon IL, Stein LM, Xavier FMF, Trentini CM. O impacto de atividades de lazer no desenvolvimento cognitivo de idosos. *RBCEH – Rev Bras Ci Envelhec Hum*. 2004;1(1):38-47.

21. Caromano F, Candeloro JM. Fundamentos da hidroterapia para idosos. *Arq. Ciênc. Saúde Unipar*. 2001;5(2):187-195.
22. Papaléo Netto M, Carvalho Filho ET, Salles RFN. Fisiologia do envelhecimento. In: Carvalho Filho ET, Papaléo Netto M. *Geriatrics: fundamentos, clínica e terapêutica*. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 2005. p. 43-62.
23. Camarano AA, Pasinato MT. O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. In: Camarano AA. *Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?* Rio de Janeiro: IPEA; 2004. p. 253-292.
24. Brasil. Congresso Nacional - Câmara dos Deputados. V Caravana Nacional de Direitos Humanos: uma amostra da realidade dos abrigos e asilos de idosos no Brasil. Brasília: Coordenação de Publicações; 2002.
25. Brasil. Portaria MS/GM Nº 2.528. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. *Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 20 out. 2006. Seção 1, p. 142.*
26. Andrade SM, Jorge MHPM. Características das vítimas por acidentes de transporte terrestre em município da Região Sul do Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2000;34(2):149-156.
27. Silveira R, Rodrigues RAP, Costa Júnior ML. Idosos que foram vítimas de acidentes de trânsito no município de Ribeirão Preto-SP, em 1998. *Rev Latino-Am Enferm*. 2002;10(6):765-771.
28. Waldvogel BC, Silva DWT. Os idosos e as mortes por acidentes do trabalho em São Paulo. In: *Anais do 12º Encontro Nacional de Estudos Populacionais da ABEP – Brasil 500 anos: mudanças e continuidades; 2002 out. 23-27; Caxambu. ENEP, 2002. p. 1-31. v. 1.*
29. Veloz MCT, Nascimento-Schulze CM, Camargo BV. Representações sociais do envelhecimento. *Psicol Reflex Crit*. 1999;12(2):479-502.
30. Veras RP. O Brasil envelhecido e o preconceito social. In: _____. *Terceira idade: alternativas para uma sociedade em transição*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1999. p. 35-50.
31. Ramos LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto EPIDOSO, São Paulo. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(1):793-798.
32. Lourenço RA, Martins CSF, Sanchez MA, Veras RP. Assistência ambulatorial geriátrica: hierarquização da demanda. *Rev. Saúde Pública*. 2005;39(2):311-318.
33. Moser A, Amorim C. Qualidade de vida na maturidade: perspectiva psicológica. In: Bakker Filho JP organizador. *É permitido colher flores?: reflexões sobre o envelhecer*. Curitiba: Champagnat; 2000. p. 165-179.
34. Couto EAB. A comunicação com o idoso: técnicas e estratégias. In: Campostrini E. *Odontogeriatrics*. Rio de Janeiro: Revinter; 2004. p. 32-37.
35. Moussatché AH, Pinto MDP. A intervenção psicopedagógica num grupo de graduandos: o aluno – oportunidade de aprendizagem para quem ensina. In: *Anais 2º Congresso Brasileiro de Extensão Universitária; 2004; set. 12-15; Belo Horizonte: CBEU; 2004. p. 1-8.*
36. Millen MI. Terceira idade: aspectos médicos. *Rev Magis: Cad Fé Cult*. 2003;(43):42-45.
37. Neri AL. Contribuições da psicologia ao estudo e à intervenção no campo da velhice. *RBCEH – Rev Bras Ci Envelhec*. 2004;69-80.
38. Freitas MC, Maruyama SAT, Ferreira TF, Motta AMA. Perspectivas das pesquisas em Gerontologia e Geriatrics: revisão de literatura. *Rev Latino-Am Enferm*. 2002;10(2):221-228.
39. Sousa L, Galante H, Figueiredo D. Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Rev. Saúde Pública*. 2003;37(3):364-371.
40. Ferrari MAC. Lazer e ocupação do tempo livre na terceira idade. In: Papaléo Netto M. *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Atheneu; 2005. p. 98-105.
41. Montenegro FLB, Brunetti RF, Manetta CE. Aspectos psicológicos no atendimento do idoso. In: Brunetti RF, Montenegro FLB. *Odontogeriatrics: noções de interesse clínico*. São Paulo: Artes Médicas; 2002. p. 71-84.

42. Campos APM, Costa Júnior AL. Avaliação de necessidades psicossociais de idosos: um estudo exploratório. *Psicologia Argumento*. 2004;22(39):19-24.
43. Borsoi SA. Terapia ocupacional aplicada a gerontologia. In: Papaléo Netto M. *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Atheneu; 2005. p. 348-369.
44. IBGE – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Síntese de indicadores sociais 2003*. Rio de Janeiro: IBGE; 2004.
45. Cechin J, Fernandes AZ. Ocorrência de acidentes de trabalho conforme a GFIP. *Inf Previdência Soc*. 2002;1:1-12.
46. IBGE – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000*. Departamento de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: IBGE; 2002.
47. IBGE – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Síntese de indicadores sociais 2003*. Rio de Janeiro: IBGE; 2004.
48. IBGE – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Síntese de indicadores sociais 2004*. Rio de Janeiro: IBGE; 2005.
49. Sobral B. Uma incursão às questões do envelhecimento. *Rev Magis: Cult*. 2003; Caderno de Fé e cultura:7-16.
50. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Secretaria de Gestão da Educação na Saúde. Documento da oficina de trabalho: Mapeamento dos problemas e definição das ações educativas relativas à saúde do idoso. Brasília; 2004.
51. Bós AMG, Bós AJG. Determinantes na escolha entre atendimento de saúde privada e pública por idosos. *Rev Saúde Pública*. 2004;38(1):113-120.
52. Veras RP. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. *Cad. Saúde Pública*. 2003;19(3):705-715.
53. Caldas CP. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. *Cad. Saúde Pública*. 2003;19(3):773-781.
54. IBGE – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Síntese de indicadores sociais 2002*. Rio de Janeiro; IBGE. 2003.
55. Furtado A. A participação do idoso no mercado de trabalho. Brasília: Câmara dos Deputados; 2005.
56. Organização Mundial da Saúde. *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.
57. Faria JB, Seidl EMF. Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença: revisão de literatura. *Psicol Reflex Crít*. 2005;18:381-389.
58. Neri M. A ética católica e o espírito da revolução feminina. 2005. [Citado 2006 Jun 06] Disponível em: URL:<http://www.fgv.br/cps/religioses/Apresentação/valor.doc>
59. Coutinho MPL, Gontíes B, Araújo LF, Nova Sá RC. Depressão, um sofrimento sem fronteira: representações sociais entre crianças e idosos. *Psicol-USF*. 2003;8:192-3.
60. Gambert SR. Older patients are persons too. *Clin Geriatr*. 2005;13:10.
61. Obiekwe JC. Na item response theory analysis of Paltmore's Facts on Aging Quiz (FAQ) using the three parameter model. In: *Annual Conference of The Association For Gerontology In Higher Education*, San Jose, CA; 2001.
62. Pennington HR, Pachana NA, Coyle SL. Use of the facts on aging quiz in New Zealand: Validation of questions, performance of a student sample, and effects of a don't know option. *Educ Gerontol*. 2001;27(2):409-416.
63. Leão AT, Oliveira BH. Questionário na pesquisa odontológica. In: Luiz RR, Costa AJL, Nadanovsky P. *Epidemiologia e bioestatística na pesquisa odontológica*. São Paulo: Atheneu; 2005. p. 273-290.

64. Koch Filho HR. Nível de informação sobre o envelhecimento humano entre os acadêmicos do último ano dos cursos de odontologia de Curitiba - Paraná [dissertação]. Curitiba (Brasil): Pontifícia Universidade Católica do Paraná, (Programa de Pós-Graduação em Odontologia); 2006.
65. Brasil. Portaria MS/GM N° 2.528. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, 20 out. 2006. Seção 1, p. 142.

Recebido: 20/04/2007

Received: 04/20/2007

Aceito: 20/05/2007

Accepted: 05/20/2007