

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
ESCOLA DE SAÚDE E BIOCÊNCIAS
DOUTORADO EM ODONTOLOGIA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

HERBERT RUBENS KOCH FILHO

**AUTOPERCEPÇÃO DE GERONTOISMO SEGUNDO O APOIO
SOCIAL E A FUNCIONALIDADE FAMILIAR EM IDOSOS**

CURITIBA

2013

HERBERT RUBENS KOCH FILHO

**AUTOPERCEPÇÃO DE GERONTOISMO SEGUNDO O APOIO
SOCIAL E A FUNCIONALIDADE FAMILIAR EM IDOSOS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia. Área de Concentração em Saúde Coletiva, da Escola de Saúde e Biociências, da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Odontologia.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Luciana Reis Azevedo Alanis

Co-orientadora: Prof^a. Dr^a. Simone Tetu Moysés

CURITIBA

2013

Dados da Catalogação na Publicação
Pontifícia Universidade Católica do Paraná
Sistema Integrado de Bibliotecas – SIBI/PUCPR
Biblioteca Central

Koch Filho, Herbert Rubens
K76a Autopercepção de gerontismo segundo o apoio social e a funcionalidade
2013 familiar em idosos / Herbert Rubens Koch Filho ; orientadora, Luciana Reis
Azevedo Alanis ; co- orientadora, Simone Tetu Moysés. – 2013.
165 f. : il. ; 30 cm

Tese (doutorado) – Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba,
2013.

Inclui bibliografias

1. Gerontologia social. 2. Idosos – Relação com a família. 3. Ação social.
4. Odontologia. I. Azevedo, Luciana Reis. II. Moysés, Simone Tetu. III. Pontifícia
Universidade Católica do Paraná. Programa de Pós-Graduação em
Odontologia. IV. Título.

CDD 20. ed. – 617.6



Pontifícia Universidade Católica do Paraná
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Odontologia

TERMO DE APROVAÇÃO

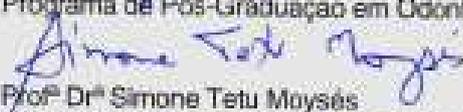
HERBERT RUBENS KOCH FILHO

AUTOPERCEPÇÃO DE GERONTOISMO SEGUNDO O APOIO SOCIAL E A FUNCIONALIDADE FAMILIAR EM IDOSOS

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, como parte dos requisitos parciais para a obtenção do Título de Doutor em Odontologia, Área de Concentração em Saúde Coletiva.

Orientador (a):


Prof.ª Dr.ª Lúcia Reis Azevedo Alanis
Programa de Pós-Graduação em Odontologia, PUCPR


Prof.ª Dr.ª Simone Tetu Moysés
Programa de Pós-Graduação em Odontologia, PUCPR


Prof. Dr. Samuel Jorge Moysés
Programa de Pós-Graduação em Odontologia, PUCPR


Prof.ª Dr.ª Maria Gabriela Haye Biazevic
Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas, FOU SP


Prof.ª Dr.ª Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello
Programa de Pós-Graduação em Odontologia, UFSC

Curitiba, 12 de abril de 2013.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha família: minha esposa Luiza, meus filhos Fernando e Franchesca, meus pais Herbert (*in memoriam*) e Fernanda, meu irmão Marino, meus sobrinhos Marino e Eduarda. Vocês são a razão do meu amor e da minha felicidade.

Peço licença a vocês para fazer uma dedicação especial ao meu querido e amado paizão, professor Dr. Herbert Rubens Koch. Meu amigo, companheiro e Mestre. Um herói, cujo uniforme foi a capa da honra. Vestimenta tecida com caráter e mantida no amor incondicional à sua família. Quanta felicidade há em ser seu filho. Que bom que você veio. Que bom que você é o meu paizão.

Queira O Senhor Deus que eu possa ser um pouco do meu pai para o meu amado filho Fernando.

AGRADECIMENTOS

AO Senhor Deus, O Autor da vida, que concedeu a minha existência a partir do amor dos meus pais. Meu Pai, em quem confio. Minha razão, meu sentido, minha fé e meu amor. AO Senhor Deus, toda honra e toda a glória, agora e para sempre.

À amada Luiza, pelos anos de amor, convivência, cumplicidade, superação e conquistas. Obrigado por compartilhar comigo a construção de nossa família, com nossos amados filhos. Quando eu precisei, mais uma vez lá estava você. Sabe aquele dia de chuva? Aquele dia em que você - carregando nosso filho no ventre - foi iniciar a coleta de dados? Sabe aquele dia em que você - ainda carregando nosso filho no ventre - foi entrevistar os últimos idosos? Lembra os dias em que você me permitiu o isolamento? Lembra os dias em que você abriu mão de podermos conversar e nos divertir? De ir ao parque, ao clube, ao cinema ou a um barzinho? Nestes dias eu me permiti ver amor, compreensão e doação. Agradeço a Deus por você existir em minha vida.

Aos meus maravilhosos filhos Fernando e Franchesca. O quê o olhar de um filho pode trazer? Amor, renovação, alegria, esperança e paz. Sentimento de plenitude. Quanta felicidade existe no calor de um abraço, em um colo, em um beijo e em uma manifestação de alegria. Que momento mais lindo é chegar em casa e saber que vocês fazem parte da minha vida. Dádivas de Deus. Presentes que Deus nos enviou, para amar, cuidar e educar. Educar para a vida. Filhos. Vida.

Aos meus pais. Amados pais. Se me pedissem para definir pai e mãe eu diria Rubens e Fernanda. Abnegação. Amor incondicional. Meus exemplos de vida. Quanta riqueza há neste amor. Por vezes eu chorava nos dias festivos de ano novo. Enquanto as pessoas cantavam o ano vindouro eu pensava que se o tempo passasse levaria vocês de mim. O tempo passou, mas jamais os levará de mim. Sou parte de vocês e vocês estão em mim. Sabem, eu pintei um quadro. Nele todos nós estamos juntos, vocês, a Lu, o Fernando, a Franchesca, o Marino, o Marinho, a Dudinha, o Vô Marino e a Vó Margarida. É um lindo quadro, que contempla um dia de sol, onde a felicidade e o amor emprestam as cores. Ele

está guardado no meu coração. Ele é a maior riqueza da minha vida. Amo muito vocês.

Aos meus avós Marino (Vozão), Margarida (Vó), José Barbosa (Vô), Emílio (Opa) e Margarida (Oma). Meus amados pais são a herança que vocês deixaram para a vida. Obrigado. Aos avós Marino e Margarida, obrigado pelos dias maravilhosos que passamos juntos. Que bom foi o tempo em que podíamos ir na “Casa da Vó”. A “Casa da Vó” foi, por muitos anos, o melhor lugar do mundo. Não pelo espaço físico em si, mas pela riqueza que havia lá, os meus avós. Obrigado pelo amor e exemplo de vida.

Ao meu irmão Marino, o padrinho do Fernando. Desde o Jardim de Infância Pernalonga, passando pelo Colégio Santa Maria, pelo Positivo e FAE, eu pude ter o meu irmão ao meu lado também nos locais de estudo. Mesmo em outras séries e salas - quanta proteção. Quanto carinho, preocupação e amor. Mesmo quando o destino nos impôs caminhos diferentes a seguir, nossos laços não se romperam. Torcemos um pelo outro. Torcemos tanto que nossas vitórias são muito nossas. Então este momento é seu também. Muito seu. Meu amado irmão Marino.

Aos meus amigos Marcelo Bueno Franco (Rato), Fabiano Lacerda (Cascão), Paulo Arthur de Lara Schinda Schemili (Barnney) e Ronald Di Lucca Melani (Ronald), obrigado pela amizade e pelas “fotos do ano”. Ao meu amigo Cid Vicentini Silveira (Camelo), que passou a madrugada me ajudando no trabalho de estatística e depois foi direto para o serviço. Ao Maninho e à Pitoca. Aos queridos Rogério Reichter Cordoni (Elvis) e Evandro Luis Pereira (Evandro), meus super-artistas, inspiradores de alegria. Aos amigos Roberta, Kelvin, Colin e Farrah, meus amados da Nova Zelândia. Ao amigo Dr. Ricardo Cavalli – eu gostaria muito de escrever seu jargão, mas creio que não seria apropriado. Então, “*não me ponha susto*”. Ricardo e Carol, amigos sinceros e especiais, obrigado pela amizade e solidariedade em um momento tão difícil da minha vida. Ao amigo Dr. Oslei de Mattos, obrigado pelos anos de amizade, respeito e carinho. Tudo o que você fez pelo meu queridão, meu paizão, fez em dobro para mim. Obrigado.

Ao amigo Dr. Rodrigo Nunes Rached, agradeço sua confiança no meu trabalho. Seu sorriso e seus comentários sempre incentivadores fazem eu me sentir fortalecido em seguir meus estudos.

Ao Dr. Julio Bisinelli, meu amigo e orientador do Mestrado. Sua genialidade ultrapassa a maneira simples e gentil que lhe é peculiar. Obrigado pela confiança e oportunidade dadas no Mestrado. “*Servir gelada é obrigação*”. Obrigado pela sua amizade.

Aos meus colegas de doutoramento Marilisa Carneiro Leão Gabardo, Izabel do Rocio Ferreira, Antônio Carlos Nascimento, Lucimara Cheles da Silva Franzin, Maria da Graça Kfoury Lopes, Maria Lúcia Tozetto Vettorazzi, Roberto Bueno, Rafael Ditterich e Solena Ziemer Kusma, pelos bons momentos de convivência, apoio e tolerância. Pela construção de um caminho na busca de um ideal comum.

Às professoras Doutoradas Luciana Reis Azevedo Alanis e Simone Tetu Moysés, minhas orientadoras. Obrigado pela confiança e pelo apoio necessários para a concretização de um ideal. Minha respeitosa admiração e carinho.

À Doutora Ivana Maria Saes Busatto, minha amiga “*Tazz Literária*”, a “*devoradora de livros*”. Pessoas que chegam a determinados patamares sociais tendem a ser mais discretos e seletivos. Muitas vezes a função determina isso, sem maldade ou arrogância. Entretanto, no auge de sua condição municipal, como assessora direta do senhor prefeito, manteve a amizade como mote. Você é uma amiga que, mesmo ocupando altos cargos, se manteve igual, sem vaidade.

Ao professor Doutor Sérgio Aparecido Ignácio. Dedicou muito (muito mesmo) do seu precioso tempo para me instruir na difícil tarefa de interpretar os números e decifrar os enigmas estatísticos que tornaram os dados coletados em algo real. Ficam meu carinho, consideração e respeito, expressos em um jargão que me incentivou em todos os momentos: “*Ô cabeça, é mais fácil que tirar pirulito da boca de criança*”. Não era, mas agora é. Grande Professor. Obrigado.

À professora Doutora Solena Ziemer Kusma. Aproveito nossa cultura religiosa cristã para me referir a uma passagem do novo testamento, onde, na

casa de Simão Pedro, algumas pessoas levaram um paraplégico na presença do nosso amado Jesus. Em algum momento estive cabisbaixo, sem ter como levantar e reiniciar a caminhada. Então você trouxe solidariedade. Quando eu precisei, você me estendeu a mão, me pôs para cima e me ajudou a ficar em pé. Foi O Filho do Homem quem pôs o paraplégico em pé, mas seus seguidores são capazes de copiá-lo e tentar levantar seus semelhantes. Obrigado pela dedicação e esforço dedicados no auxílio da coleta de dados. Obrigado pela palavra amiga e pelo exemplo de ânimo e disposição.

À minha amiga Marilisa Leão Gabardo, você sempre está disposta a ajudar, aconselhar e incentivar os seus amigos. Confidências são segredos confiados a poucos. Você é digna de confiança. Você é uma pessoa amiga, de bom caráter e confiável. Obrigado por eu poder ser seu amigo. Palavras ditas podem se perder. Palavras escritas podem se apagar. Mas as palavras ditas em as atitudes, essas são gravadas na emoção e não se perdem e nem se apagam.

À equipe de coleta, obrigado pelo auxílio parcial na coleta de dados. Traçamos objetivos, estipulamos nossas vantagens, cumprimos nossos afazeres com muito capricho e selamos nosso compromisso com honra.

Aos meus alunos de graduação e pós-graduação, razão do meu trabalho. Agradeço por eu poder trabalhar como professor, fazendo o que eu realmente amo. Obrigado por vocês me permitirem ser professor. Obrigado por confiarem no meu trabalho.

Àqueles que duvidaram e/ou torceram para que o meu objetivo não fosse cumprido. Trabalho se faz com dedicação, paciência e carinho. Neste tempo, mesmo que ocultos, vocês me ajudaram, pois, de alguma maneira me motivaram a vencer. Obrigado.

FERNANDO

Felicidade incontrolável tomou conta de minha existência

Enriquecido com a materialização da paternidade

Renovação na minha vida é a chegada desse menino

Natureza humana que abriga a coragem e o amor filial

Amor incondicional e manifesto de Deus

Nascido do amor lindo, sincero e puro de seus pais

Diante da grandeza do que eu sinto agora, confesso

O meu amor se fez mais verdadeiro com a sua presença

Que bom que você veio e escolheu ser nosso filho.

HERBERT RUBENS KOCH, MEU PAIZÃO

Houve um tempo em que descobri que nenhum super-herói poderia completar 50, 60 ou 70 anos e continuar a escalar prédios segurando cordas que sempre se ajustavam ao comprimento da distância a ser percorrida.

Também percebi que não existem mutantes que possam arremessar teias, que fiquem verdes, saltem obstáculos intransponíveis, tenham visão com poder de raios-X e nem tampouco tenham força sobrenatural capaz de destruir muralhas, paredes de concreto ou dobrar e perfurar aço.

Escondidos atrás de máscaras, armaduras ou usando calções sobre as calças colantes, estas figuras fazem parte do mundo do *faz-de-conta* e cabem em nossa imaginação, em nossa infância.

Quando os contos de fadas e os heróis dos quadrinhos já não fazem mais sentido, quando temos que descobrir a força dentro de nós, muitas vezes é o instante que encontramos os verdadeiros heróis em nossas vidas.

O verdadeiro Herói da minha vida não tinha super-poderes, cordas mágicas e nem armadura. Ele sorria e chorava. Ele sentia calor e frio. Ele era apenas um seu humano, com certeza a frente do seu tempo. O que fazia dele uma pessoa tão especial era o seu senso de justiça e seu caráter ilibado, virtudes que o revestiram com a capa da honra. Dia após dia ele mostrou seu amor incondicional pela sua família, não apenas com palavras, mas com gestos. Meu Herói atravessou suas adversidades dizendo: *Tá bom. Tá tudo muito bom*. Seu poder nunca terminará, pois suas ações e seu carinho estão em mim e encontram herança garantida em mais uma geração, que vai aprender o que é o amor verdadeiro.

Meu Paizão, meu Queridão, meu Amigo, Colega e Mestre: “A palavra amor é o termo que expressa o maior sentimento que temos para com os nossos semelhantes. Entretanto, não alcança a dimensão do que eu sinto por você”.

Que bom que Deus me permitiu ser seu filho.

"Triste época! É mais fácil desintegrar um átomo do que um preconceito".

ALBERT EINSTEIN

RESUMO

Este estudo abrange o envelhecimento humano e as concepções sociais sobre a velhice e tem como objetivo principal verificar se o apoio social (AS) e a funcionalidade familiar (FF) interferem na autopercepção de gerontismo (AG). Assim esta tese foi composta de cinco artigos. Inicialmente foram feitos dois estudos de revisão de literatura para fundamentar os conceitos relativos ao gerontismo. Os demais artigos utilizaram dados primários obtidos por meio da execução de uma metodologia descritiva, quantitativa e transversal. Foram realizadas entrevistas em uma amostra de 376 idosos frequentadores de Grupos de Convivência para idosos ofertados pela Fundação de Ação Social da Prefeitura Municipal de Curitiba, Estado do Paraná, Brasil, distribuídos pelas 9 Regionais Administrativas da cidade. O perfil sociodemográfico da amostra foi traçado mediante 9 variáveis. A AG foi aferida mediante os escores totais obtidos na aplicação de uma versão adaptada à realidade brasileira da escala subjetiva *Ageism Survey* na qual também foi atribuído um grau de estresse para cada episódio de discriminação etária relatado. Igualmente o AS e a FF foram definidos mediante os escores totais expressos pelas versões traduzidas, adaptadas à realidade brasileira e validadas das escalas: *Medical Outcomes Study (MOS)* e Índice *APGAR* de Família. O terceiro artigo contemplou o AS enquanto agente mediador no acesso aos serviços de saúde. Para tal foi utilizado o recorte de um item do *MOS*. Os dados primários revelaram que 11,2% dos entrevistados relataram não possuir alguém para conduzi-los aos serviços de saúde, e 19% disseram ter apoio somente para ir ao médico e não ao cirurgião-dentista. Concluiu-se que, mais do que uma forma de auxílio material, o apoio social pode contribuir como agente informativo em saúde. O quarto artigo questionou o gerontismo como uma possível barreira no acesso à saúde dos idosos. Para tal foi utilizado um recorte de dois itens do *Ageism Survey*, ambos referindo à discriminação etária em contextos de saúde. O estudo verificou que 24,2% dos idosos tiveram suas dores associadas à idade por profissionais da saúde e que, quando este evento ocorreu, mostrou-se estressante para 62,6% dos inqueridos. A negação de tratamento de saúde ocorreu junto a 3,2% da amostra, sendo percebido como estressante para 75% dos idosos que experimentaram o acontecimento. Concluiu-se que, embora a discriminação etária em contextos da

saúde tenha apresentado baixa prevalência de ocorrência, quando ela aconteceu se revelou como sendo um evento estressante para a maioria dos idosos. Por último, o quinto artigo verificou se o AS e a FF interferem na AG. O coeficiente de Pearson analisou a correlação entre os escores totais de AG, AS e FF. Os valores médios de AG foram comparados aos de FF e aos das variáveis sociodemográficas categóricas politômicas mediante ANOVA a um critério e o teste Tukey HSD. O confronto entre os valores médios de AG segundo a variável AS e as variáveis sociodemográficas dicotômicas se deram mediante o teste *t* de *student*. O encadeamento entre os escores contínuos das variáveis AG, AS e FF apresentou correlação negativa e estatisticamente significativa, porém fraca ($r < 0,30$). Conforme AG aumentou, diminuiu AS e FF. As variáveis sociodemográficas não interferiram em AG ($p > 0,05$). Concluiu-se que os idosos que vivem em famílias mais funcionais e que experimentam maior apoio social não se sentem tão vitimados pelo gerontóismo. Os achados desta tese podem estimular a discussão sobre o gerontóismo no contexto brasileiro. Mediante a compreensão desta forma de discriminação, políticas públicas podem ser desenvolvidas e direcionadas no intuito de reduzir riscos e prevenir as iniquidades sociais junto aos idosos.

Palavras-chave: Preconceito etário. Apoio Social. Funcionalidade Familiar. Idosos.

ABSTRACT

This study covers the human aging and the social conceptions about aging, and has as main objective to verify if the social support (AS) and family functioning (FF) interfere with the perception of gerontoism (AG). So this thesis was composed of five articles. Initially two studies were made of the literature review to substantiate the concepts relating to gerontoism. The other articles that follow using primary data obtained through the implementation of a descriptive methodology, quantitative and cross. Interviews were conducted in a sample of 376 elderly goers Groups Living for seniors (CG) offered by the Social Action Foundation (FAS) of the Municipality of Curitiba (PMC), Paraná State, Brazil, spread across nine Regional Administration (RA) city. The demographic profile of the sample was drawn through 9 variables. The AG was measured by the total scores obtained in the application of a modified version of the subjective scale Ageism Survey where he also was awarded a degree of stress for each episode reported age discrimination. Also the AS and FF were defined by the total scores expressed by the translated versions, adapted to the Brazilian reality and validated scales: the Medical Outcomes Study (MOS) and the Family APGAR Index. The third article looked at the AS as a mediator in access to health services. For this we used the clipping of an item of MOS. Primary data revealed that 11.2% of respondents reported not having anyone to lead them to health services, and 19% said they support only to go to the doctor and not the dentist. It was concluded that more than one form of material aid, social support can contribute as an agent for information on health. The fourth article gerontoism questioned as a possible barrier to access to health care for the elderly. For this we used a cut of two items Ageism Survey, both referring to age discrimination in health settings. The study found that 24.2% of the elderly had their pains associated with aging by health professionals and that when this event occurred, proved stressful for 62.6% of the surveyed. Denial of medical care occurred among 3.2% of the sample being perceived as stressful for 75% of elderly people who experienced the event. It was concluded that although age discrimination in health contexts have shown low prevalence of occurrence happened when she was revealed to be a stressful event for most seniors. Finally, the fifth article examined whether the AS and FF interfere with the perception of AG. The Pearson coefficient analyzed the

correlation between the total scores of AG, AS and FF. The average values of AG were compared to FF and sociodemographic variables categorical polytomous a criterion by ANOVA and Tukey HSD test. The confrontation between the mean values of AG and AS variable according to sociodemographic variables are dichotomous given by the Student t test. The linkage between the scores of continuous variables AG, AS and FF correlated negative and statistically significant, but weak (Pearson correlation coefficient <0.30). As AG increased, decreased AS and FF. Sociodemographic variables did not affect AG ($p>0.05$). We concluded that older adults who live in households that experience greater functional and social support did not feel so victimized by gerontoism. The findings of this thesis can stimulate discussion about gerontoism in the Brazilian context. By understanding this form of discrimination, public policy can be developed and targeted in order to reduce risks and prevent social inequities among the elderly.

Keywords: *Ageism. Social Support. Family Fuction. Elderly.*

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AG – Autopercepção de Gerontóismo

APGAR – conceito formado pelas iniciais das palavras: *Adaptation, Partnership, Growth, Affection, Resolve*

AS – Apoio Social

DCNT – Doença crônica não transmissível

DF – Disfunção Familiar

FAS – Fundação de Ação Social

FF – Funcionalidade Familiar

GC – Grupo de convivência para idosos

HSD - *Honestly Significant Difference*

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MOS – *Medical Outcomes Study*

PEA – População Economicamente Ativa

PMC – Prefeitura Municipal de Curitiba

PR – Paraná

PUCPR – Pontifícia Universidade Católica do Paraná

Q - Questão

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	ARTIGO 1- Envelhecimento humano e ancianismo: revisão	19
	Publicado na Revista <i>Archives of Oral Research</i>	
3	ARTIGO 2- Uma reflexão sobre o preconceito etário na saúde	29
	Publicado na Revista <i>Gestão & Saúde</i>	
4	ARTIGO 3- Apoio social ao idoso: facilitando o acesso aos serviços de saúde?	44
	Introdução	45
	Métodos	46
	Resultados	48
	Discussão	51
	Conclusão	53
	Referências	54
5	ARTIGO 4- Gerontoísmo: uma barreira no acesso à saúde?	56
	Introdução	58
	Métodos	59
	Resultados	60
	Discussão	63
	Conclusões	66
	Referências	67
6	ARTIGO 5- A autopercepção de gerontoísmo segundo o apoio social e a funcionalidade familiar entre idosos	69
	Métodos	70
	Resultados	73
	Autopercepção de gerontoísmo: frequência e estresse	75
	Apoio Social e de funcionalidade familiar	76
	Autopercepção de Gerontoísmo segundo o Apoio Social, a Funcionalidade Familiar e as variáveis sociodemográficas	76
	Discussão	78
	Potencialidades, limitações e próximos passos	81

Conclusões	81
Referências	83
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	85
REFERÊNCIAS	87
GLOSSÁRIO	95
APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ..	98
ESCLARECIDO	
APÊNDICE B- TERMO DE CONSENTIMENTO PARA A PARTICIPAÇÃO	
ACADÊMICA	99
APÊNDICE C- MATERIAL E MÉTODO DETALHADO	100
APÊNDICE D- QUADROS E GRÁFICOS DA PESQUISA	107
ANEXO A- PARECER FAVORÁVEL DO COMITÊ DE ÉTICA EM	
PESQUISA DA PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO	
PARANÁ	138
ANEXO B- PARECER TÉCNICO FAVORÁVEL DA FUNDAÇÃO DE AÇÃO	
SOCIAL DA PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA	139
ANEXO C- QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO UTILIZADO NA	
PESQUISA	140
ANEXO D- VERSÃO DO <i>AGEISM SURVEY</i> UTILIZADA NA	
PESQUISA	142
ANEXO E- VERSÃO DO <i>MEDICAL OUTCOMES STUDY SOCIAL</i>	
<i>SUPPORT SURVEY</i> UTILIZADA NA PESQUISA	144
ANEXO F- VERSÃO DO ÍNDICE <i>APGAR</i> DE FAMÍLIA UTILIZADA NA	
PESQUISA	147
ANEXO G- NORMAS DA REVISTA <i>CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA</i>	148
ANEXO H- NORMAS DA REVISTA <i>GERONTOLOGY</i>	151
ANEXO I- NORMAS DA REVISTA <i>JOURNAL OF THE AMERICAN</i>	
<i>GERIATRICS SOCIETY</i>	155

1 INTRODUÇÃO

As pessoas idosas podem enfrentar de uma série de eventos de discriminação, geralmente expressos em comportamentos e atitudes presentes nas interações cotidianas onde elas são constantemente desafiadas pelos padrões sociais vigentes (PALMORE, 2001; MARTINS & RODRIGUES, 2004; NELSON, 2005; FERREIRA-ALVES & NOVO, 2006; GOMES et al., 2006/2007; MERCADANTE, 2007; GOLDANI, 2010). A escassez de conhecimentos acerca do envelhecimento e da velhice dá origem a falsas avaliações que se traduzem em preconceitos, tanto negativos quanto positivos (NÉRI & JORGE, 2006). Em todos os contextos, a supergeneralização induz a credices que tendem a oscilar entre “a glorificação e a depreciação”, entre a “aceitação e a rejeição”, bem como entre o “realismo e o idealismo” da velhice e da figura dos idosos (CACHIONI & AGUILAR, 2008; NÉRI, 2008).

Nas sociedades ocidentais, as atitudes sociais em relação aos idosos são predominantemente negativas, favorecendo o dano social, podendo surgir preconceitos e estereótipos que tendem a relegar os idosos a condições de incapacidade, improdutividade, dependência e senilidade, atributos que acabam sendo assumidos como características comuns à velhice pelos próprios idosos (LEVY, 1996; COSTA, 1998; PINQUART, 2002; SCHROOTS, 2003; CUDDY et al., 2005; LEME, 2005; NELSON, 2005; LOPES, 2007; MERCADANTE, 2007; NÉRI, 2007; PASCHOAL, 2007; RIBEIRO, 2007; SANTOS & NÉRI, 2007; COUTO et al., 2009; CPA, 2009; KOCH-FILHO et al., 2010). Quando o envelhecimento se coliga a características negativas, os idosos passam a ter menos valor nos processos de trocas sociais (LOPES, 2007; PASCHOAL, 2007). Como afirma Costa (1998): “*É como se o indivíduo não pudesse fazer mais nada pela sociedade*”. Assim as imagens sociais negativas pressupõem o medo de envelhecer e tornam os idosos vulneráveis ao ancianismo, velhismo ou gerontoísmo - conceitos utilizados para expressar qualquer forma de discriminação para com as pessoas idosas (COSTA, 1998; PALMORE, 2001; MARTINS & RODRIGUES, 2004; NELSON, 2005; FERREIRA-ALVES & NOVO, 2006; LOPES, 2007; NÉRI, 2007; RIBEIRO, 2007; COUTO et al.; 2009; KOCH-FILHO et al., 2010; KOCH-FILHO et al., 2012).

Por outro lado, considerar que todos os idosos são sábios é uma forma de preconceito positivo que atribui a estes indivíduos uma sabedoria, muitas vezes

composta de conhecimentos estáticos e pertencentes ao passado e não como uma qualidade capaz de lidar com os desafios contemporâneos (NÉRI, 2007; CACHIONI & AGUILAR, 2008). A supervalorização de atributos positivos, como a sabedoria e a experiência, pode induzir falsas crenças e criar infidas expectativas de competência, podendo dar origem a frustrações (COSTA, 1998; PALMORE, 2001; NÉRI, 2007).

Da mesma forma, a ideia generalizada de que todos os idosos são “bonzinhos”, “acomodados”, “não exigentes”, “aceitadores” e que “não compreendem o que acontece ao seu redor” caracteriza uma forma de estereotipia compassiva. (CACHIONI & AGUILAR, 2008). Em outra ótica estereotipada, os idosos são tratados como vítimas, possibilitando as formas de tratamento paternalistas como “vovô”, “velhinho”, e “senhorzinho”. Estas visões tendem a interferir na maneira com a qual os idosos decidem suas vidas e podem ser tão prejudiciais para a autoestima e para a autodeterminação destes indivíduos quanto os estereótipos negativos (NÉRI, 2007; CACHIONI & AGUILAR, 2008).

A discriminação etária é um conjunto de atitudes que delinea comportamentos para com as pessoas segundo a idade, cujos resultados podem ser medidos, avaliados e comparados (CPA, 2009; GOLDANI, 2010). Já o preconceito etário é cognitivo, um sistema de informações que permite organizar e hierarquizar outras pessoas em função da idade cronológica, o que pode levar à discriminação (NÉRI, 2008; CPA, 2009). O preconceito para com os idosos é uma forma de intolerância que favorece o tratamento desigual (BUTLER, 1969; PALMORE, 2001; NELSON, 2005; CPA, 2009; FERREIRA-ALVES & NOVO, 2006; SANTOS & NERI, 2007; COUTO et al., 2009; KOCH-FILHO et al. 2010) e pode motivar políticas e práticas sociais segregadoras e discriminatórias capazes de restringir oportunidades sociais, inclusive no acesso a tratamentos médicos (NÉRI et al., 2008; CPA, 2009).

Para Rovira (2004) uma das mais dolorosas formas de discriminação contra os idosos é a que se refere à saúde. No campo da saúde, geralmente as pessoas mais velhas são vistas como uma ameaça para a sustentabilidade financeira dos sistemas (TURCOTE, 2003; ROVIRA, 2004; ILC-USA, 2006; CPA, 2009). Assim os idosos ficam expostos à gerontofobia sanitária – aversão ao idoso no campo da saúde – cujo embasamento é sustentado na crença em estereótipos como: “a doença é inerente ao envelhecimento”, “os idosos são improdutivos”, ou “os idosos já cumpriram sua missão na vida” (ROVIRA, 2004). Este tipo de pensamento faz crer

que o investimento na saúde dos idosos não tem retorno social (TURCOTE, 2003; ROVIRA, 2004; ILC-USA, 2006).

A discriminação etária pode ser mortal para os idosos que necessitam receber cuidados de saúde (ILC-USA, 2006). Assim, o gerontismo merece destaque, uma vez que o crescente envelhecimento demográfico e o formato das atuais políticas públicas brasileiras colocam esta forma de discriminação como tema obrigatório na agenda de todos aqueles interessados em promover uma cidadania ampla e uma sociedade para todas as idades (GOLDANI, 2010).

Nesta conjuntura, o suporte social e seus diversos e distintos determinantes podem funcionar como uma espécie de mediador entre o meio ambiente e as pessoas, produzindo efeitos no comportamento, bem-estar e estado de saúde (BAPTISTA, 2005; ALVARENGA et al., 2011). Do mesmo modo, cabe ressaltar a importância que a família desempenha na qualidade de vida das pessoas mais velhas, pois o funcionamento desta estrutura, tanto pode harmonizar as relações internas, como manifestar vínculos egoístas entre seus membros (BAPTISTA, 2005; BRASIL, 2007).

Pressupondo o envelhecimento populacional brasileiro como um fenômeno contemporâneo relevante, este estudo teve por objetivo verificar se o apoio social (AS) e a funcionalidade familiar (FF) interferem na autopercepção de gerontismo (AG). A hipótese formulada foi de que a AG é maior junto aos idosos onde o AS e a FF são menores.

Para cumprir este propósito, inicialmente foram realizados dois artigos de revisão com o intuito de embasar os conceitos inerentes ao preconceito etário, bem como as maneiras que esta forma de discriminação pode afetar a vida dos idosos.

Um terceiro estudo visou verificar uma dimensão do apoio social enquanto facilitador no acesso aos serviços de saúde por parte dos idosos da amostra pesquisada. Foi traçado o perfil sociodemográfico da amostra de idosos entrevistados e em seguida foram apresentadas as dimensões do apoio social contempladas na escala *Medical Outcomes Study (MOS)* adaptada à realidade brasileira por Chor et al. (2001) e validada por Griep et al. (2005). O *MOS* conta com 19 itens que abrangem 5 dimensões de AS, sendo: *Material*; *Afetivo*; *Emocional*; *Informação*; e, *Interação Social Positiva*. Para cumprir com o objetivo principal desse terceiro estudo foi utilizado o recorte de um item da dimensão de apoio material, o

qual questiona sobre o idoso poder contar com alguém para levá-lo ao médico e/ou ao cirurgião-dentista.

O quarto estudo enfocou o gerontismo enquanto uma possível barreira no acesso à saúde. Foram exibidas as características sociodemográficas da amostra e em seguida foram apresentados e discutidos os resultados obtidos mediante a aplicação de um recorte de 2 itens do *Ageism Survey* adaptados à cultura brasileira e modificados neste trabalho, os quais referem-se a episódios de discriminação em contexto de saúde. Um indicador de estresse verificou a importância dada aos eventos pesquisados.

Por fim, o quinto estudo discutiu o Apoio Social e a Funcionalidade Familiar como possíveis determinantes de Autopercepção de Gerontismo. Explorando a correlação entre os escores médios de AS, FF e AG cumpriu-se o propósito geral da presente Tese. Também foram apresentados resultados da comparação dos valores médios dos grupos de AS e de FF segundo as médias de AG. Esta comparação visou esclarecer se os diferentes grupos de AS e de FF diferem na AG.

2 Artigo 1

ENVELHECIMENTO HUMANO E ANCIANISMO: revisão

Human aging and ageism: a review

Publicado na *Archives of Oral Research*, v.6, n.2, p.155-160. 2010.

Resumo

OBJETIVO: Apresentar e discutir fatos contemporâneos relacionados a estereótipos relacionados com o processo de envelhecimento. Para alcançar o objetivo proposto, este trabalho foi estruturado em tópicos. **DISCUSSÃO E CONCLUSÃO:** Observou-se que a desinformação impede a transformação de atitudes e de comportamentos em relação à velhice, enaltece algumas crenças que tendem a relegar os idosos às margens da sociedade e da família, além de contribuir para a imagem que esses sujeitos fazem de si próprios. Porém, tanto a participação social dos idosos quanto o conhecimento acerca do processo de envelhecimento podem influenciar de maneira positiva na quebra de estereótipos e de preconceitos para com as pessoas em idade avançada.

Palavras-chave: Envelhecimento. Preconceito. Idosos. Estereótipos.

Abstract

OBJECTIVE: This review is aimed to expose some contemporary facts related to stereotyping related with the aging process. **DISCUSSION AND CONCLUSION:** The misinformation prevents the transformation of attitudes and behaviors in relation to old age, exalts some beliefs that tend to relegate the elderly to the margins of society and the family, and contribute to the image that the aged make of themselves. It was concluded that both the social participation of older people as the knowledge about the aging process can influence in a positive manner in the fall of stereotypes and prejudices towards people in old age.

Keywords: Aging. Prejudice. Aged. Stereotype.

INTRODUÇÃO

Embora o envelhecimento populacional represente o fato mais importante no âmbito de saúde pública mundial (1), a noção de fragilidade física ainda atribui à velhice alguns estereótipos negativos como: todos os idosos são decadentes, incapazes, dependentes física e economicamente, doentes e com dificuldades de memória (2-8).

A condição de “estar velho” não deveria associar-se com feiúra, “caduquice”, incapacidade ou doença, pois esta imagem social negativa pressupõe o medo de envelhecer, fazendo com que os indivíduos idosos se tornem vítimas da gerontofobia – medo irracional da velhice – ficando vulneráveis ao ancianismo ou velhismo (termos que significam qualquer forma de discriminação para as pessoas com a idade avançada (2,5,6,9,10).

Percebe-se que a velhice quando vista sob a ótica pejorativa da estereotipia, tende a relegar os idosos às margens da sociedade e da própria família, além de contribuir para a imagem que os anciãos fazem de si próprios (2,9,11).

REVISÃO DE LITERATURA

Envelhecimento populacional brasileiro

O final do século XX foi marcado pelo envelhecimento populacional, ou seja, pela mudança na estrutura etária da população com o aumento percentual das pessoas idosas, no caso do Brasil, aquelas com 60 anos de idade ou mais (8,12-14).

O envelhecimento populacional decorre de vários fatores: da evolução do conhecimento, do avanço da ciência e da tecnologia, da melhor cobertura das necessidades sociais e da saúde, da melhoria das condições sanitárias aliadas às medidas de prevenção, da queda das taxas de natalidade e de mortalidade, bem como ao aumento da esperança média de vida (8,10,13-15).

Segundo a Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (16) o aumento absoluto e relativo da população idosa no Brasil é conseqüência do crescimento da esperança de vida ao nascer aliado à queda do nível geral da fecundidade.

Em 2007 a expectativa média de vida ao nascer era de 72,7 anos de idade, representando um aumento na vida média, entre 1997 e 2007, de 3,4 anos (16).

O Brasil envelhece de forma rápida e intensa; basta observar que em 1940 o país contava com 1,7 milhões de anciãos, cerca de 4% da população (12,14), enquanto que em 1991 o contingente idoso já era de 10,7 milhões de pessoas, o relativo a 7,3% do total (17).

A cada ano incorporam-se à população brasileira cerca de 650 mil idosos (13), sendo que atualmente os quase 20 milhões de idosos já representam 10,5% da população (16).

O envelhecimento e o papel social dos idosos

Nas sociedades ocidentais, as atitudes sociais em relação aos idosos são predominantemente negativas, resultando na formação de preconceitos e estereótipos que tendem a relegar os idosos a condições de incapacidade, improdutividade, dependência e senilidade, as quais acabam sendo assumidas como características comuns da velhice pelos próprios anciãos (5-7,10,11).

Assim é oportuno ressaltar que a velhice não é uma doença e sim uma fase da vida, onde as pessoas estão, em sua grande maioria, em boas condições de saúde física e psíquica (2,7,14,18).

Esta etapa é marcada pela dinâmica de atitudes, crenças e valores de cada sociedade segundo o momento histórico vivenciado, possibilitando a imposição de regras de comportamento difíceis de serem desfeitas (6,8,18-20).

As sociedades ocidentais comumente tendem a associar o envelhecimento à saída do mercado de trabalho pela via da aposentadoria (2,4), favorecendo o dano social motivado por razões econômicas, principal origem da discriminação contra os idosos (21).

Desta forma o envelhecimento tem sido considerado prejudicial, pois freqüentemente é coligado a características negativas como: improdutividade, inutilidade, desatualização, incapacidade funcional, senilidade e fraqueza, fazendo com que os idosos passem a valer menos processos de trocas sociais (5-7). Como afirma Costa (2): “É como se o indivíduo não pudesse fazer mais nada pela sociedade”.

Percebe-se que a exclusão baseada em estereótipos e preconceitos, além de limitar o acesso dos idosos aos recursos sociais, induz a um senso de inferioridade e de incompetência, levando ao isolamento (6).

Destaca-se a importância de o indivíduo idoso continuar a exercer ativamente a construção de sua identidade pessoal e a participar da comunidade em que está inserido (15), pois o compartilhamento social motiva, mantém a auto-estima, viabiliza o suporte social e contribui para a qualidade de vida (6,22).

Como observam Gomes, Lessa e Sá (23), os laços sociais formados nas comunidades, a partir da inclusão dos idosos, estimulam a construção de atitudes e valores mais solidários e tolerantes e contribuem para a construção de um sentimento de pertencimento e de unidade entre os sujeitos sociais, criando laços de solidariedade enriquecedores.

O envelhecimento e os estereótipos

Muitas vezes o conhecimento sobre o envelhecimento não é complexo, flexível e crítico o suficiente, levando à tendência de formação de estereótipos (9).

O processo de envelhecimento é complexo e multifacetado, entretanto as imagens acerca da velhice estão freqüentemente relacionadas apenas às mudanças físicas externas e às reduções funcionais simplesmente (10), estereotipando o envelhecimento como um período apenas de perdas (6).

A própria cronologização da existência tende a determinar os papéis sociais de cada etapa de vida, ou seja, crianças devem ir à escola, adultos devem trabalhar casar e ter filhos, enquanto que não há função estabelecida para o idoso (24), configurando uma completa desvalorização segundo o critério etário, desconsiderando as qualidades e potencialidades pessoais.

Neste aspecto ressalta-se a afirmação de Néri (6): “quando o critério etário é utilizado para fazer ajuizamentos negativos, que desvalorizam ou desqualificam, instalam-se os estereótipos (do grego **sténeos** = sólido ou firme + **typos** = modelo, símbolo ou exemplar)”.

Porém o preconceito etário não está pautado apenas em estereótipos negativos. Preconceitos positivos como “todos os idosos são sábios e experientes”, podem existir. Assim a supervalorização de atributos positivos pode induzir falsas crenças e criar falsas expectativas de competência, podendo dar origem a frustrações (2,3,6).

Outras formas de preconceito favorecem as práticas paternalistas e acabam destacando a dependência física, psicológica e a incapacidade, contribuindo para o fortalecimento de avaliações negativas (6).

A rotulação de atributos ou características que categorizam um determinado grupo social, como o dos idosos, é aprendida ao longo da vida e transmitida pela educação (3,6,9,19,20,25).

A falta de conhecimento científico dos profissionais da educação e da saúde, bem como a falta de esclarecimento às pessoas sobre os fatos inerentes ao envelhecimento, impedem a transformação de atitudes e de comportamentos em relação à velhice (26-28).

Assim percebe-se que a falsa idéia do que vem a ser a velhice pode interferir na vida dos idosos, de tal maneira que os estereótipos possam contribuir para o impedimento de oportunidades sociais (2,6,9).

O ancianismo como conceito

Criado por Butler (29) o termo ageism é definido por Ferreira-Alves e Novo (25) como um conceito anglo-saxônico que estipula a discriminação social de pessoas com base na idade cronológica, o qual pode ser traduzido como idadismo.

Trata-se de um termo relacionado a uma forma de discriminação que pode ser chamada de etaísmo, etarísmo ou idadismo, pois refere-se à pessoas ou grupos segundo a idade ou faixa etária (2,6,9,10,21,30).

Quando esta discriminação sistemática ataca especificamente o grupo de pessoas idosas, ela pode assumir o termo velhismo ou ancianismo (2,9), semelhante ao conceito empregado aos grupos segundo a raça, ao sexo, à nacionalidade e à religião (3,10,21,25).

O ancianismo como preconceito

Mais do que um conceito, a discriminação social é injusta e arbitrária, pois se embasa em um conjunto de atitudes e crenças de diferenciação, onde os sujeitos pertencentes a um determinado grupo possuem algumas características comuns e indesejáveis (10).

O preconceito para com os idosos é uma forma de intolerância que restringe oportunidades e favorece o tratamento desigual (21).

O envelhecimento pode enfrentar uma série de problemas de discriminação social, geralmente expresso em comportamentos e atitudes presentes nas interações cotidianas com indivíduos idosos, os quais são constantemente desafiados pelos padrões sociais vigentes que tendem a valorizar os símbolos da juventude (9,11,23,25).

Como visto anteriormente, mesmo existindo alguns juízos extremamente positivos para com os idosos - maturidade, sabedoria e experiência - a imagem da velhice ainda está predominantemente associada a aspectos negativos (2,3,4,6-8),

Assim percebe-se que os sentimentos humanos em relação à velhice são carregados de valores ambíguos que oscilam entre o encanto e o terror, a aceitação e a rejeição, o respeito e a desvalorização, pois depende do que conhecemos sobre esta etapa da vida (6).

Desta forma, destaca-se que a informação científica contribui para a compreensão dos múltiplos aspectos que caracterizam o processo de envelhecimento, desmistificando a visão veiculada pelo senso comum, a qual tende a extremos positivos ou negativos (25).

A Gerontologia como Ciência

Sendo Ciência, a Gerontologia envolve um intercâmbio de idéias e dados, sob enfoque multi e interdisciplinar, fundamentado na Biologia, Medicina, Ciências Sociais e Psicologia (27,31), onde o campo de estudo é o envelhecimento humano e como ele interfere nas pessoas (5).

Assim, a Gerontologia relaciona-se com várias profissões, as quais percebem a velhice e suas necessidades sob óticas específicas, ou seja, como afirmam Cachioni e Néri (27): "... o desgaste físico é atribuído aos médicos; a ausência de papéis sociais, aos sociólogos; a solidão, aos psicólogos; a idade cronológica, aos demógrafos; os custos financeiros e as ameaças à reprodução das sociedades, aos economistas e especialistas na administração pública".

Sobre os profissionais da saúde, Ferreira-Alves e Novo (25) perceberam que o fato de lidarem muito mais com a senilidade do que com a senescência, estes tendem a associar o envelhecimento à doença e à dor. Esta óptica só pode ser

transposta mediante a competência para compreender a diversidade individual e cultural das pessoas.

Entendendo que a situação dos idosos é heterogênea e pode variar de acordo com as mudanças físicas, sociais e psicológicas (5,10,15) percebe-se que o preparo e a capacitação de recursos humanos em Gerontologia são imprescindíveis na atenção à saúde e promoção do envelhecimento saudável, além de promover mudanças culturais que afetam as concepções sociais sobre a velhice (6,14,27).

Como ressalta Néri (6), o conhecimento sobre opiniões e estereótipos relativos à condição etária pode oportunizar a geração de políticas de aproximação entre jovens e idosos contribuindo para a formação de uma cultura mais solidária.

CONCLUSÕES

De acordo com a literatura consultada, parece lícito concluir que:

- A participação social dos idosos viabiliza o suporte social além de motivar e manter a auto-estima destes indivíduos;
- A inclusão dos idosos na sociedade estimula a construção de atitudes e valores mais solidários e enriquecedores;
- O conhecimento acerca do processo de envelhecimento ajuda a eliminar estereótipos e preconceitos para com as pessoas em idade avançada.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram formalmente que não há conflito de interesses no presente manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Veras RP, Caldas CP. Promovendo a saúde e a cidadania do idoso: o movimento das Universidades da Terceira Idade. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2004; 9(2): 423-432.
2. Costa MES. Aspectos biopsicossociais da velhice. In: Costa MES. *Gerontodrama: a velhice em cena: estudos clínicos e psicodramáticos sobre o envelhecimento e a terceira idade*. São Paulo: Agora; 1998. p. 39-54.
3. Palmore E. The Ageism Survey: first findings. *The Gerontologist*. 2001; 41(5): 572-575.
4. Leme LEG. A Gerontologia e o problema do envelhecimento: Visão histórica. In: Papaléo Netto M. *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Atheneu; 2005. p.13-25.
5. Lopes RGC. Imagem e auto-imagem: da homogeneidade da velhice para a heterogeneidade das vivências. In: FPA – Fundação Perseu Abramo. *Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na Terceira Idade*. Neri AL. (Org.) São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, Edições SESC SP; 2007. p.141-152.
6. Néri AL. Atitudes e preconceitos em relação à velhice. In: FPA – Fundação Perseu Abramo. *Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na Terceira Idade*. Neri AL (Org.) São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, Edições SESC SP; 2007.p. 33-46.
7. Paschoal SMP. Envelhecer com dignidade, um direito humano fundamental. In: São Paulo. Secretaria da Saúde. *Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde- CODEPPS. Violência doméstica contra a pessoa idosa: orientações gerais*. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde; 2007. p. 13-15.
8. Koch Filho HR, Bisinelli JC. Abordagem de famílias com idosos. In: Moysés ST, Kriger L, Moysés SJ. (Orgs.). *Saúde bucal das famílias: trabalhando com evidências*. São Paulo: Artes Médicas; 2008. p.236-245.
9. Martins RML, Rodrigues MLM. Estereótipos sobre idosos: uma representação social gerontofóbica. *Millenium, Revista do Instituto Superior Politécnico Viseu*. 2004; Jun.(29): 249-254.

10. Ribeiro APF. Imagem da velhice em profissionais que trabalham com idosos: enfermeiros, médicos e técnicos de serviço social. [Dissertação]. [Aveiro]: Universidade de Aveiro. Mestrado em Geriatria e Gerontologia – Secção Autónoma de Ciências da Saúde; 2007.
11. Mercadante, EF. Algumas reflexões sobre o lugar social da velhice e do velho. In: São Paulo. Secretaria da Saúde. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde- CODEPPS. Violência doméstica contra a pessoa idosa: orientações gerais. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde; 2007. p. 16-17.
12. Camarano AA. Envelhecimento da população brasileira: problema para quem? Bahia Análise e Dados. 2001; 10(4): 36-48.
13. Brasil. Portaria MS/GM N°2.528. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Seção 1, Brasília: DF; 2006.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
15. Martins A. Envelhecimento, Sociedade e Cidadania. Revista Transdisciplinar de Gerontologia. 2006/2007; 1(1): 77-78.
16. IBGE – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: IBGE; 2008.
17. IBGE – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000. Rio de Janeiro: IBGE, Departamento de População e Indicadores Sociais; 2002.
18. Lefevre F, Lefevre AMC. Promoção de saúde e as fases da vida. In: Lefevre F, Lefevre AMC. Promoção de saúde: a negação da negação. Rio de Janeiro: Vieira & Lent; 2004. p. 91-115.
19. Tin E. Odontogeriatrics: imperativo no ensino odontológico diante do novo perfil demográfico brasileiro. Campinas: Editora Alínea; 2001.
20. Néri AL, Cachioni M, Resende M. Atitudes em relação à velhice. In: Freitas EV, Py L, Néri AL, Cançado FAX, Gorzon ML, Rocha SM. (Orgs.). Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 972-980.

21. Santos GA, Lopes A, Néri AA. Escolaridade, raça e etnia: elementos de exclusão social de idosos. In: FPA – Fundação Perseu Abramo. Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na Terceira Idade. Neri AL. (Org.) São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, Edições SESC SP; 2007. p.65-80.
22. Ferraz AF, Peixoto MRB. Qualidade de vida na velhice: estudo em uma instituição pública de recreação para idosos. *Rev Esc Enf USP*. 1997; 31(2): 316-338.
23. Gomes MAS, Lessa J, Sá RN. O papel do idoso nas dinâmicas sociais de realização do ser-no-mundo-com-o-outro. *Revista Transdisciplinar de Gerontologia*. 2006/2007; 1(1): 7-12.
24. Fiaminghi DL, Dummel J, Padilha DMP, Moro RGD. Odontogeriatría: a importância da auto-estima na qualidade de vida do idoso. Relato de Caso. *Revista de Clínica e Pesquisa Odontológica*. 2004; 1(2): 37-40.
25. Ferreira-Alves J, Novo RF. Avaliação da discriminação social de pessoas idosas em Portugal. *Int J Clin Health Psychol*. 2006; 6(1): 65-77.
26. Veras RP. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão de literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. *Cad. Saúde Pública*. 2003; 19(3): 705-715.
27. Cachioni M, Néri AL. Educação e Gerontologia: desafios e oportunidades. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*. 2004; 1(1): 99-115.
28. Diogo MJD. Formação de recursos humanos na área de saúde do idoso. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2004; 12(2): 280-282.
29. Butler RN. Age-ism: another form of bigotry. *The Gerontologist*. 1969; 9(4): 243-246.
30. Filizzola M. A velhice no Brasil: etarismo e civilização. Rio de Janeiro: Companhia da Artes Gráficas; 1990.
31. Pavarini SCI, Mendiondo MSZ, Barham EJ, Varoto VAG, Filizola CLA. A arte de cuidar do idoso: Gerontologia como profissão? *Texto & Contexto Enferm*. 2005; 14(3): 398-402.

3 ARTIGO 2

UMA REFLEXÃO SOBRE O PRECONCEITO ETÁRIO NA SAÚDE

A REFLECTION ON THE AGEISM IN HEALTH

Publicado na Revista *Gestão & Saúde*, v.4, n.2, p.40-49. 2012.

Resumo

Por meio de uma revisão da literatura, o presente estudo tem como meta explorar alguns fatos contemporâneos relacionados a uma forma de preconceito associada ao envelhecimento humano. Para tal, este trabalho foi estruturado em tópicos, pretendendo focar o envelhecimento populacional brasileiro, o papel social dos idosos, bem como os estereótipos e os preconceitos inerentes à velhice. Foi observado que a desinformação contribui para a formação de crenças que, além de reforçar a desvalorização do idoso, podem restringir oportunidades sociais e colaborar para a negação de recursos terapêuticos e cuidado em saúde. Entender o processo de envelhecimento pode influenciar de maneira positiva na quebra de estereótipos e de preconceitos para com as pessoas em idade avançada.

Palavras-chave: Envelhecimento, Preconceito; Estereótipo; Saúde.

Abstract

This is a literature review that aims to explore some facts related to contemporary prejudice toward aging. To achieve the proposed goal, this research was done in a structure divided into topics. This research intends to focus on the Brazilian aging population, the role that older people play in society, as well as highlight the stereotypes and prejudices inherent in old age. It was found that misinformation contributed to the formation of beliefs that devalue the elderly, restricted social opportunities and collaborate for refusing therapeutic resources. Meet the aging process can positively influence the removal of stereotypes and prejudices in the elderly.

Key-words: Ageing, Prejudice. Stereotype, Health.

INTRODUÇÃO

O número de idosos brasileiros está crescendo, entretanto a sociedade parece que ainda não está preparada para este fato (Mendes et al., 2005). Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), em 2009, o Brasil contava com um contingente de aproximadamente 21 milhões de idosos, o relativo a 11,3% da população nacional (IBGE, 2010).

Embora o crescimento populacional de idosos seja marcante, a imagem social da velhice ainda é estereotipada e parece relegar este grupo etário à condição de "velho", incapaz, inútil. Sob a ótica da estereotipia, os idosos podem se tornar vítimas de preconceito devido à idade (Costa, 1998; Martins & Rodrigues, 2004; Lopes, 2007; Néri, 2007; Couto et al., 2009). De fato, uma pesquisa feita com 111 idosos brasileiros (Couto et al., 2009) mostrou que, os inqueridos experimentaram episódios de discriminação, predominantemente junto aos contextos sociais e de saúde.

Pressupondo o envelhecimento populacional brasileiro como um fenômeno contemporâneo relevante, o presente estudo teórico objetivou, por meio de uma revisão da literatura, apresentar e discutir alguns fatos contemporâneos relacionados ao preconceito associado ao envelhecimento humano. Assim, este trabalho foi estruturado em tópicos que enfocaram o envelhecimento populacional brasileiro, o papel social dos idosos, bem como os estereótipos e os preconceitos inerentes à velhice.

REVISÃO DE LITERATURA

ENVELHECIMENTO POPULACIONAL BRASILEIRO

O final do século XX foi marcado pelo envelhecimento populacional mundial, ou seja, pela mudança demográfica marcada pelo aumento percentual das pessoas idosas (Camarano, 2001; Brasil, 2006; Brasil, 2007; Koch-Filho & Bisinelli, 2008).

Para o IBGE (2008), os avanços na área da saúde e a melhoria das condições gerais de vida repercutem diretamente na vida do brasileiro, aumentando a expectativa de vida ao nascer que, em 1940 era de 45,5 anos. A projeção é de que a vida média da população brasileira continue aumentando, alcançando o patamar

de 81,29 anos em 2050, quando existirão 172,7 idosos para cada 100 crianças entre 0 e 14 anos (IBGE, 2008).

O Brasil caminha rápida, sistemática e intensamente rumo a um perfil cada vez mais envelhecido (Camarano, 2001; Brasil, 2007; IBGE, 2008; IBGE, 2010). A cada ano incorporam-se à população brasileira cerca de 650 mil idosos (Brasil, 2006), sendo que atualmente os 21 milhões de idosos já representam 11,3% da população (IBGE, 2010).

O PAPEL SOCIAL DOS IDOSOS NAS SOCIEDADES OCIDENTAIS

Para Siqueira (2010), as grandes metrópoles do mundo ocidental experimentam a convivência intergeracional, e esta coexistência pode favorecer desigualdades.

Em um cenário caracterizado pela economia capitalista e globalizada, na qual se prioriza a informação, a informática e o conhecimento; surge a construção de um mundo feito de imagens que tendem a distorcer a realidade, na qual o idoso se torna obsoleto, pois já não há mais lugar para ele no mercado de trabalho (Mendes *et al.*, 2005; Linck *et al.*, 2009). As sociedades ocidentais tendem a associar o envelhecimento à saída do mercado de trabalho pela via da aposentadoria (Costa, 1998; Leme, 2005), favorecendo o dano social motivado por razões econômicas, principal origem da discriminação contra os idosos (Santos *et al.*, 2007). Nesta ótica, o envelhecimento é considerado prejudicial, pois comumente é associado a características negativas como: improdutividade, inutilidade, desatualização, incapacidade, senilidade e fraqueza, fazendo com que os idosos valham menos nos processos de trocas sociais (Lopes, 2007; Néri, 2007; Paschoal, 2007). Como assegura Costa (1998): “*É como se o indivíduo não pudesse fazer mais nada pela sociedade*”.

Assim, cabe destacar que a vetustez é uma etapa da vida marcada pela dinâmica de atitudes, crenças e valores de cada sociedade, segundo o momento histórico vivenciado, que possibilitam a imposição de regras de comportamento difíceis de serem desfeitas (Néri *et al.*, 2002; Lefevre & Lefevre, 2004; Néri & Jorge, 2006; Néri, 2007; Néri, 2008). Nas sociedades ocidentais, onde as atitudes em relação aos idosos são predominantemente negativas, os idosos tendem a ser relegados a condições de incapacidade, improdutividade, dependência e senilidade; condições que, por vezes, acabam sendo assumidas como características comuns

da velhice pelos próprios gerontes (Lopes, 2007; Néri, 2007; Paschoal, 2007; Ribeiro, 2007; Mercadante, 2007).

ENVELHECIMENTO: POSITIVO OU NEGATIVO

A velhice é um conceito historicamente construído, socioculturalmente determinado e que se caracteriza por estar em oposição à juventude (Cachioni & Aguilar, 2008; Bissoli & Cachioni, 2011). Destarte, não se pode deixar de observar que as atitudes e as crenças são agentes reguladores do comportamento dos indivíduos e dos grupos (Néri & Jorge, 2006; Néri, 2008; Cachioni & Aguilar, 2008).

As atitudes são predisposições socialmente aprendidas que se organizam em sistemas avaliativos, pautados em um caráter distintivo. Elas permitem que os indivíduos organizem e hierarquizem as informações recebidas, auxiliando na construção da visão do mundo externo e sobre si próprios (Néri & Jorge, 2006; Cahioni & Aguilar, 2008).

A escassez de conhecimentos acerca do envelhecimento e da velhice dá origem a falsas avaliações que se traduzem em preconceitos, tanto negativos quanto positivos (Néri & Jorge, 2006). Em todos os contextos, a supergeneralização induz a credices que tendem a oscilar entre “a glorificação e a depreciação”, entre a “aceitação e a rejeição”, bem como entre o “realismo e o idealismo” da velhice e da figura dos idosos (Cachioni & Aguilar, 2008; Néri, 2008).

Considerar que todos os idosos são sábios é uma forma de preconceito positivo que atribui a estes indivíduos uma sabedoria, muitas vezes composta de conhecimentos estáticos e pertencentes ao passado e não como uma qualidade capaz de lidar com os desafios contemporâneos (Néri, 2007; Cachioni & Aguilar, 2008). A supervalorização de atributos positivos, como a sabedoria e a experiência, pode induzir falsas crenças e criar infidas expectativas de competência, podendo dar origem a frustrações (Costa, 1998; Palmore, 2001; Néri, 2007).

A ideia generalizada de que todos os gerontes são: “bonzinhos”, “acomodados”, “não exigentes”, “aceitadores” e que “não compreendem o que acontece ao seu redor” caracteriza uma forma de estereotipia compassiva. (Cachioni & Aguilar, 2008). Outra ótica estereotipada é a da vitimização dos idosos, a qual contribui para que lhes sejam atribuídas formas de tratamento paternalistas como: “vovô”, “velhinho”, e “senhorzinho”. Estas visões tendem a interferir na maneira com a qual os idosos decidem suas vidas e podem ser tão prejudiciais para a autoestima

e para a autodeterminação destes indivíduos quanto os estereótipos negativos (Néri, 2007; Cachioni & Aguilar, 2008).

Entretanto, nas sociedades ocidentais, as atitudes sociais em relação aos idosos são predominantemente negativas, podendo resultar na formação de preconceitos e estereótipos que tendem a relegar os idosos a condições de incapacidade, improdutividade, dependência e senilidade, as quais acabam sendo assumidas como características comuns da velhice pelos próprios anciãos (Lopes, 2007; Mercadante, 2007; Néri, 2007; Paschoal, 2007; Ribeiro, 2007; Néri, 2008; Goldani, 2010).

O PRECONCEITO E A DISCRIMINAÇÃO ETÁRIA

O envelhecimento é um processo natural e inevitável próprio dos seres vivos; e a velhice é uma etapa do ciclo vital marcada por ser altamente complexa e influenciada por padrões socioculturais vigentes (Mendes, 2005; Néri & Jorge, 2006). Entretanto a maioria das sociedades ocidentais tende a venerar a juventude, relevando o envelhecimento a uma condição de vergonha, de ridículo e de desgosto (Goldani, 2010).

Quando o conhecimento sobre o envelhecimento não é complexo, flexível e crítico o suficiente, existe uma tendência de se formarem estereótipos e preconceitos (Martins & Rodrigues, 2004; Néri, 2007). Os preconceitos são originados pelo desconhecimento ou pela desconsideração dos critérios que definem as classes, bem como do grau de generalidade e singularidade dos elementos que as compõem (Cachioni & Aguilar, 2008). Assim a velhice pode ser afetada por estereótipos, por preconceitos e por discriminação (Couto et al., 2009).

Cabe ressaltar que o preconceito etário pode contribuir para o impedimento de oportunidades sociais, bem como para a desvalorização da figura do idoso e para a negação de recursos terapêuticos e cuidados em saúde (Costa, 1998; Néri, 2007; Martins & Rodrigues, 2004; Néri, 2008; Guerra & Caldas, 2010).

AGEÍSMO, IDADISMO, VELHISMO E ANCIANISMO: DENOMINAÇÕES DO PRECONCEITO

Em 1969, o gerontólogo Robert Butler criou o conceito “*ageism*” na tentativa de descrever os preconceitos que se formam a partir de falsas crenças a respeito dos idosos, cujo principal resultado se traduz na discriminação social baseada no

critério etário (Ferreira-Alves & Novo, 2006; Cachioni & Aguilar, 2008). Entretanto, o ageísmo ou idadismo alude a uma forma de discriminação segundo a idade ou faixa etária. Desta forma, estes conceitos podem se estender a todos os grupos de pessoas, quando são classificados e rotulados segundo a idade cronológica, como os grupos formados por crianças ou por adolescentes, por exemplo (Filizzola, 1990; Costa, 1998; Néri, 2007; Martins & Rodrigues, 2004; Ribeiro, 2007; Santos, Lopes, Néri, 2007).

Koch-Filho et al. (2010) destacam que, quando o idadismo atinge exclusivamente o grupo formado por pessoas idosas, ele pode assumir os termos “velhismo” ou “ancianismo” – sendo este último um conceito expresso no trabalho de Ferreira-Alves & Novo (2006), enquanto que aquele é um neologismo criado por Salvarezza (1993). Contudo, estas palavras, embora tragam o mesmo sentido, podem refletir valores ambíguos que oscilam entre a desvalorização (velho) e o respeito (ancião). O sufixo “ismo”, empregado nas palavras ageísmo, idadismo, velhismo e ancianismo, assume a mesma conotação que é empregada em racismo e sexismo, ou seja, denota uma forma de discriminação, como sugere Palmore (2004). Sob este enfoque, de maneira a não tender, nem para valores positivos (ancião), nem para negativos (velho), seria interessante pensar na associação do termo “geronto” (idoso) ao sufixo em questão. Assim a palavra “gerontoísmo” seria utilizada para expressar, de maneira neutra, a discriminação para com os idosos. Entretanto, cabe ressaltar que alguns dicionários médicos de língua portuguesa se utilizam da palavra “gerontismo” para expressar “senilidade”, o que poderia causar certa confusão.

Mais do que um conceito, o preconceito etário merece um importante destaque, uma vez que o crescente envelhecimento demográfico e o formato das atuais políticas públicas brasileiras colocam esta forma de discriminação como tema obrigatório na agenda de todos aqueles interessados em promover a cidadania ampla e uma sociedade para todas as idades (Goldani, 2010).

O IDOSO E A SAÚDE

Os idosos brasileiros compõem um grupo heterogêneo, distribuído de maneira desigual, cujos riscos acumulados ao longo da vida podem impactar diretamente suas condições de saúde (Louvison et al., 2008). Assim, Ramos (2003) afirma que o grande desafio do século XXI consiste em cuidar da crescente população de idosos,

cuja maioria apresenta-se com alta prevalência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e com baixos níveis socioeconômicos e educacionais.

As pessoas idosas consideram o bem-estar em saúde mais importante do que a condição econômica (CEOM, 2005). Assim, os idosos deveriam ter acompanhamento rotineiro de sua saúde e isto deveria ser feito por um profissional competente (Silva et.al., 2011). O profissional da saúde deve estar apto a identificar os riscos de perda funcional e de orientar ações de promoção de saúde e de preservação da autonomia (Ramos, 2003; Santos, 2006) e não apenas conhecer a condição saúde-doença numa perspectiva baseada no modelo cartesiano-flexeriano (Siqueira, 2010), pois o enfoque do modelo biomédico tende a relegar os aspectos sociais, econômicos e subjetivos da saúde a um plano secundário (Motta & Aguiar, 2007).

Considerando que o envelhecimento, por si só, já pressupõe a redução funcional do organismo, percebe-se que o primordial em saúde do idoso seja a preservação da autonomia e da capacidade funcional (IBGE, 2010). Para Ramos (2003) a manutenção da capacidade funcional do idoso é uma atividade multiprofissional e a interdisciplinaridade na rede de atenção à saúde deve ser vista como uma prioridade. A formação de profissionais habilitados às questões do envelhecimento se torna um importante papel a ser desempenhado, tanto pela educação universitária, como por linhas de financiamento a pesquisas em Geriatria e Gerontologia (Ramos, 2003; Néri & Jorge, 2006; Santos, 2006). Um estudo de Motta & Aguiar (2007) destacou que os médicos recém-egressos, cuja formação acadêmica se restringiu ao estudo do processo biológico do envelhecimento e das afecções mais prevalentes nos gerontes, não demonstram capacidades para entender a complexidade na atenção à saúde dos idosos, pois podem não reconhecer precocemente os condicionantes que levam à fragilização deste grupo.

Ainda há de se avultar que os gastos com a saúde tendem a aumentar progressivamente com o envelhecimento, consistindo em um desafio para a promoção da equidade. Entretanto, os grandes gastos não garantem a melhoria da qualidade de vida dos idosos, sendo oportuno considerar transformações nos princípios que regem a atenção à sua saúde, seja pela mudança no modelo clínico-assistencial, seja na formação profissional (Motta & Aguiar, 2007). É necessário ajuizar um modelo de atenção à saúde do idoso, com uma abordagem

epidemiológica dos fatores de risco, planejamento e consecução de ações intersetoriais focadas na saúde desta população (Santos & Barros, 2008).

Entende-se, assim, que o bem-estar do contingente idoso não está associado apenas à garantia de infraestrutura em saúde, mas de todo um conjunto de medidas que atendam, dentre outras, às necessidades psicossociais dos gerontes (IBGE, 2010).

O PRECONCEITO NA SAÚDE E A DISCRIMINAÇÃO SANITÁRIA

Como visto, muitos tipos de discriminações afetam os idosos; contudo um dos mais dolorosos se refere à saúde, onde as pessoas mais velhas são vistas como uma ameaça para a sustentabilidade financeira dos sistemas de saúde. Assim, os idosos ficam expostos à gerontofobia sanitária – aversão ao idoso no campo da saúde – cujo embasamento é sustentado na crença em estereótipos como: “a doença é inerente ao envelhecimento”, “os idosos já cumpriram sua missão na vida”, ou “os idosos são improdutivos” e o investimento na saúde deles não tem retorno social (Rovira, 2004).

Sobre a discriminação no contexto da saúde, Goldani (2010) narra que alguns profissionais tendem a aceitar certas dores em pessoas mais velhas, como sendo parte inevitável do processo de envelhecimento; e que, ao prejudicarem estas dores, deixam de investigar mais profundamente suas causas, tal como fariam com pacientes mais jovens; praticando o que os especialistas chamam de preconceito etário médico.

A respeito desta observação, o estudo de Rovira (2004) destaca que não existe nenhum motivo médico ou ético para não se tratar uma pessoa pelo simples fato de ela ser idosa; mas que, entretanto, por razões ainda não conhecidas, estudiosos têm percebido que em alguns casos podem existir limitações de tratamentos devido à idade.

OS EFEITOS DO PRECONCEITO ETÁRIO E DE ATENÇÃO À SAÚDE

Para Robert Butler (1969) o preconceito para com os idosos é uma forma de intolerância que origina políticas e práticas discriminativas. Neste contexto, cabe ressaltar que a discriminação etária é adquirida mediante valores e crenças que acompanham os indivíduos mais jovens por toda a vida, e acaba por incorporar na

própria velhice percebida por eles (Levy et al., 2002; Néri & Jorge, 2006; Cachioni & Aguilar, 2008).

Assim, a condição de “estar velho” não deveria estar associada à feiura, à “caduquice”, à “incapacidade” ou à “doença”, pois esta imagem social negativa estimula o medo de envelhecer, fazendo com que os indivíduos idosos se tornem vítimas da gerontofobia – medo irracional da velhice – e fiquem mais vulneráveis ao ancianismo ou velhismo (Salvarezza, 1993; Costa, 1998; Martins & Rodrigues, 2004; Lopes, 2007; Néri, 2007; Ribeiro, 2007; Koch Filho et al., 2010).

Levy et al. (2002), verificaram que as pessoas com auto-percepção mais positiva do envelhecimento viviam em média 7,5 anos a mais do que aqueles com auto-percepção negativa. Para estes autores, os estereótipos negativos podem influenciar na redução da expectativa de vida. Contudo, as concepções positivas sobre o processo de envelhecimento também podem prolongar a vida.

Ainda há de se considerar que a exclusão baseada em estereótipos e preconceitos limita o acesso dos idosos aos recursos sociais e induz a um senso de inferioridade e de incompetência que pode levar ao isolamento (Néri, 2007). Assim, a inclusão social dos idosos, além de favorecer o sentimento de pertencimento, ainda é capaz de criar laços de solidariedade enriquecedores (Gomes, Lessa e Sá, 2006/2007). É importante que o indivíduo idoso continue a participar ativamente na comunidade em que está inserido, pois o compartilhamento social motiva e contribui para a qualidade de vida (Martins, 2006/2007; Néri, 2007).

Na esfera pública, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Brasil, 2006) destaca que o preconceito e a negação social da velhice contribuem para a dificuldade de se pensar políticas específicas para esse grupo. A garantia à saúde e à atenção qualificada ficam comprometidas quando gestores assumem a saúde na infância como investimento e a saúde dos idosos como gasto (Brasil, 2006).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta revisão representa uma reflexão acerca do preconceito etário como sendo uma forma de provocar restrições ao desenvolvimento do envelhecimento saudável. A literatura consultada ditou os limites deste estudo.

A concepção de velhice sob uma ótica estereotipada tende a generalizar uma camada da população, na qual a heterogeneidade é prevalente. A falta de

esclarecimento sobre os fatos inerentes ao envelhecimento humano pode impedir a transformação de crenças e de atitudes em relação à vetustez. Além do mais, parece que as concepções errôneas sobre o envelhecimento, a velhice e os idosos podem contribuir para o impedimento de oportunidades sociais e de saúde.

Mais do que um neologismo, a palavra “gerontoísmo” poderia ser pensada como uma forma de expressar o preconceito etário para com os idosos, especificamente. Entretanto, os vocábulos “gerontoísmo” e “gerontismo” são muito semelhantes, havendo lugar para uma boa discussão semântica.

Frente ao aqui exposto, fica nítida a necessidade de se investigar os efeitos do preconceito etário junto à população idosa brasileira, seja no contexto social, seja no contexto da saúde.

REFERENCIAS

BISSOLI, P.G.M.; CACHIONI, M. Educação gerontológica: breve intervenção em Centro de Convivência-dia e seus impactos nos profissionais. *Revista Kairós Gerontologia*, v.14, n.4, p.143-164, 2011.

BRASIL. Portaria MS/GM N°2.528. Política nacional de saúde da pessoa idosa. Brasília: Diário Oficial da União, 2006. Seção 1, p.142.

BRASIL. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. 192p.

BUTLER, R.N. Age-ism: another form of bigotry. *The Gerontologist*, v.9, n.4., p.243-246, 1969.

CACHIONI, M.; AGUILAR, L.E. Crenças em relação à velhice entre alunos da graduação, funcionários e coordenadores-professores envolvidos com as demandas da velhice em Universidades brasileiras. *Revista Kairós*, v.11, n.2, p.95-119, 2008.

CAMARANO, A.A. Envelhecimento da população brasileira: problema para quem? *Bahia Análise e Dados*, n.4, p.36-48, 2001.

CONFEDERACIÓN ESPANOLA DE ORGANIZACIONES DE MAYORES - CEOM. *La discriminación sanitaria de las personas mayores: proyecto de ponencia N2. In: VII CONGRESO NACIONAL DE ORGANIZACIONES DE MAYORES. Madrid: 24-25, octubre, 2005. Disponível em:<
<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/ceoma-discriminacionsanitaria-01.pdf> >. Acesso em: 02 jun. 2012.*

COSTA, M.E.S. Aspectos biopsicossociais da velhice. In: COSTA, M.E.S. *Gerontodrama: a velhice em cena: estudos clínicos e psicodramáticos sobre o envelhecimento e a terceira idade*. São Paulo: Agora, 1998. p.39-54.

COUTO, M.C.P.P.; KOLLER, S.H.; NOVO, R.; SOARES, P.S. Avaliação de discriminação contra idosos em contexto brasileiro: ageísmo. *Psic Teor e Pesq.*, v.25, n.4, p.509-518, 2009.

FERREIRA-ALVES, J.; NOVO, R.F. Avaliação da discriminação social de pessoas idosas em Portugal. *Int J Clin Health Psychol.*, v.6, n.1, p.65-77, 2006.

FILIZZOLA, M. A velhice no Brasil: etarismo e civilização. Rio de Janeiro: Companhia das Artes Gráficas, 1990. 485p.

GOLDANI, A.M. Desafios do “preconceito etário” no Brasil. *Educ. Soc.*, v.31, n.111, p.411-434, 2010.

GOMES, M.A.S.; LESSA, J.; SÁ, R.N. O papel do idoso nas dinâmicas sociais de realização do ser-no-mundo-com-o-outro. *Revista Transdisciplinar de Gerontologia*, v.1, n.1, p.7-12, 2006/2007.

GUERRA, A.C.L.C.; CALDAS, C.P. dificuldades e recompensas no processo de envelhecimento: a percepção do sujeito idoso. *Ciência & Saúde Coletiva.*, v.15, n.6, p.2931-2940, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2010. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. 317 p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Projeção de população do Brasil. *Comunicação Social*, novembro, 2008. Disponível em:< http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_impressao.php?id_noticia=1272 >. Acesso em: 02 jun. 2012.

KOCH-FILHO, H.R.; BISINELLI, J.C. Manejo de famílias por ciclos de vida: abordagem de famílias com idosos. In: MOYSÉS, ST; KRIGER, L; MOYSÉS, SJ (Orgs.). São Paulo: Artes Médicas Ltda, 2008. p.236-245.

KOCH-FILHO, H.R.K.; KOCH, L.F.A.; KOCH, H.R.; KOCH, M.F.N.; DINIEWICZ, F.A.; DINIZ, R.A. Envelhecimento humano e ancianismo: revisão. *Rev. Clín. Pesq. Odontol.*, v.6, n.2, p.155-160, 2010.

LEME, L.E.G. A Gerontologia e o problema do envelhecimento: Visão histórica. In: PAPALÉO NETTO, M. Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu, 2005. p.13-25.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A.M.C. Promoção de saúde e as fases da vida. In: LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A.M.C.. Promoção de saúde: a negação da negação. Rio de Janeiro: Vieira & Lent, 2004. p. 91-115.

LEVY, B.R.; SLADE, M.D.; KUNKEL, S.R.; KASL, S.V. *Longevity by positive self-perceptions of aging. Journal of Personality and Social Psychology*, v.83, n.2, p.261-270, 2002.

LINCK, C.L.; LANGE, C.; SCHARTZ, E.; DILÉLIO, A.S.; ZILMER, J.G.V.; THORFERHN, M.B. A inserção do idoso no contexto da pós-modernidade. *Cienc. Cuid. Saúde*, v.8, (suplem.), p.130-135, 2009.

LOPES, R.G.C. Imagem e auto-imagem: da homogeneidade da velhice para a heterogeneidade das vivências. In: FPA – FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na Terceira Idade. NÉRI, A.L. (org.) São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2007. p.141-152.

LOUVISON, M.C.P.; LEBRÃO, M.L.; DUARTE, Y.A.O.; LAURENTI, R. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo: uma análise de gênero e renda. *Saúde Coletiva*, v.24, p.189-194, 2008.

MARTINS, R.M.L.; RODRIGUES, M.L.M. Estereótipos sobre idosos: uma representação social gerontofóbica. *Millenium - Revista do Instituto Superior Politécnico Viseu*, n.29, p.249-254, 2004.

MARTINS, A. Envelhecimento, Sociedade e Cidadania. *Revista Transdisciplinar de Gerontologia*, v.1, n.1, p. 77-78, 2006/2007.

MENDES, R.S.S.B.; GUSMÃO, J.L.; FARO, A.C.M.; LEITE, R.C.B.O. A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração. *Acta Paul. Enferm.*, v.18, n.4, p.422-426, 2005.

MERCADANTE, E.F. Algumas reflexões sobre o lugar social da velhice e do velho. In: SÃO PAULO. Secretaria da Saúde. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde- CODEPPS. Violência doméstica contra a pessoa idosa: orientações gerais. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde, 2007. p.16-17.

MOTTA, L.B.; AGUIAR, A.C. Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.12, n.2, p.363-372, 2007.

NERI, A.L. Atitudes e preconceitos em relação à velhice. In: FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO - FPA. *Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na Terceira Idade*. NÉRI, A.L. (org.) São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2007. p.33-46.

NERI, A.L. Atitudes em relação à velhice. In: NERI, A.L. (Orgs.). *Palavras-Chave em Gerontologia*. Campinas: Editora Alínea, 2008. p.13-15.

NERI, A.L.; CACHIONI, M.; RESENDE, M. Atitudes em relação à velhice. In: FREITAS, E.V.; PY, L.; NERI, A.L.; CANÇADO, F.A.X.; GORZON, M.L.; ROCHA, S.M. (Orgs.). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p.972-980.

NERI, A.A.; JORGE, M.D. Atitudes e conhecimentos em relação à velhice em estudantes de graduação em educação e em saúde: subsídios ao planejamento curricular. *Estudos de Psicologia*, v.23, n.2, p.127-137, 2006.

PALMORE, E. *The Ageism Survey: first findings*. *The Gerontologist*, v.41, n.5, p.572-575, 2001.

PALMORE, E. *Research note: ageism in Canada and the United States*. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, v.19, n.1, p.41-46, 2004.

PASCHOAL, S.M.P. Envelhecer com dignidade, um direito humano fundamental. In: SÃO PAULO. Secretaria da Saúde. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde- CODEPPS. *Violência doméstica contra a pessoa idosa: orientações gerais*. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde, 2007. p.13-15.

RAMOS, L.R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Cad. Saúde Pública*, v.19, n.3, p.793-798, 2003.

RIBEIRO, A.P.F. Imagem da velhice em profissionais que trabalham com idosos: enfermeiros, médicos e técnicos de serviço social. 2007. Dissertação (Mestrado) - Secção Autónoma de Ciências da Saúde, Universidade de Aveiro, Aveiro.

ROVIRA, E.R. Salud y personas mayores: la discriminación sanitária del mayor. Cantabria Académica, n.194, 2004. 68p.

SALVAREZZA, L. Psicogeriatría: teoría y clínica. Buenos Aires: Paidós, 1993. 221p.

SANTOS, S.S.C. O ensino da enfermagem gerontogeriatrica e a complexidade. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v.40, n.2, p.228-235, 2006.

SANTOS, J.S.; BARROS, M.D.A. Idosos do município do Recife, Estado de Pernambuco, Brasil: uma análise da morbimortalidade hospitalar. Epidemiol. Serv. Saúde, v.17, n.3, p.177-186, 2008.

SANTOS, G.A.; LOPES, A.; NÉRI, AA. Escolaridade, raça e etnia: elementos de exclusão social de idosos. In: FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO - FPA. Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na Terceira Idade. NÉRI, A.L. (org.) São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2007. p.65-80.

SILVA, H.O.; CARVALHO, M.J.A.D.; LIMA, F.E.L.; RODRIGUES, L.V. Perfil epidemiológico de idosos frequentadores de grupos de convivência no município de Iguatu, Ceará. Rev Bras Geriatr Gerontol., v.14, n.1, p.123-133, 2011.

SIQUEIRA, J.E. Atenção médica aos pacientes idosos. O Mundo da Saúde, v.34, n.4, p.466-474, 2010.

4 ARTIGO 3¹

APOIO SOCIAL AO IDOSO: FACILITANDO A ACESSIBILIDADE AOS SERVIÇOS DE SAÚDE?

SOCIAL SUPPORT TO ELDERLY: FACILITATING ACCESS TO HEALTH SERVICES?

Resumo Este estudo quantitativo, transversal e descritivo objetivou analisar o apoio social e seu papel como um possível facilitador na acessibilidade dos idosos aos serviços de saúde. Para tal, foram realizadas entrevistas que incluíram informações sociodemográficas bem como a utilização da versão validada do instrumento *Medical Outcomes Study (MOS)* adaptado à língua portuguesa para caracterizar o apoio social. Os dados primários foram obtidos junto a uma população de 376 idosos que frequentavam atividades sócio recreativas e culturais promovidas por grupos de convivência para idosos organizados pela administração municipal de Curitiba. Foram realizadas análises de distribuição de frequência e correlação entre as variáveis relacionadas ao apoio social. A população estudada apresentou elevado escore de apoio social, com maior importância das dimensões de apoio emocional ($r= 0,81$) e apoio para informação ($r= 0,80$) na construção do escore final de *MOS*. A maioria dos idosos entrevistados relatou poder contar com alguém para conduzi-los aos serviços de saúde em caso de necessidade, sendo que 13,6% relataram nunca ou raramente poder contar com alguém para conduzi-los a esses serviços quando necessário. Entretanto, 18,4% disseram ter apoio somente para ir ao médico e não ao cirurgião-dentista. Tanto a ausência de alguém para dar suporte na locomoção aos serviços odontológicos, como a falta de percepção das necessidades de saúde bucal podem estar relacionadas a este fato.

Palavras-chave Envelhecimento, Saúde Bucal, Idosos.

¹ Artigo formatado de acordo com as normas da Revista Ciência & Saúde Coletiva (Anexo G, p.148).

Abstract *This quantitative study aimed to analyze cross-sectional descriptive social support and its possible role as a facilitator in accessing health services by the elderly. To this end, interviews were conducted that included sociodemographic information and the use of validated version of the instrument Medical Outcomes Study (MOS) adapted to the Portuguese language to characterize social support. Primary data were obtained from a population of 376 seniors attending social activities promoted by recreational and cultural groups living for seniors organized by the city government of Curitiba. Analyses of frequency distribution and correlation between the variables related to social support. The population studied had a high score of social support, with greater importance of the dimensions of emotional support ($r = 0.81$) for information and support ($r = 0.80$) in the construction of the final score of MOS. Most seniors interviewed reported to count on someone to lead them to health services when necessary, while 13.6% reported never or rarely able to count on someone to lead them to these services when needed. However, 18.4% said they support only to go to the doctor and not the dentist. Both the absence of someone to support mobility in access to dental services, such as lack of awareness of oral health needs may be related to this fact.*

Keywords *Ageing, Oral Health, Elderly.*

Introdução

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial que acarreta demandas sociais e econômicas, exigindo planejamento de políticas públicas no sentido de assegurar saúde, segurança e inserção social à crescente população de idosos¹. Junto à transição demográfica seguem alterações dos padrões epidemiológicos, em que os idosos apresentam maior prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) frente às doenças infecto-contagiosas, aumentando a demanda por serviços de saúde^{2,3}. Envelhecer sem DCNT é uma exceção e embora o envelhecimento em si não pressuponha doença, não há dúvidas de que esse processo represente um importante fator de risco para todos os tipos de doenças, as quais, muitas vezes causam limitações funcionais e incapacitantes^{1,2}. Cabe lembrar que a saúde bucal também influencia a qualidade de vida e o bem-estar das pessoas.

Sob o enfoque do modelo biomédico, os aspectos sociais, econômicos e subjetivos do processo saúde-doença são relegados a um plano secundário⁴. A atenção à saúde do idoso requer conhecimento ampliado sobre os modos de vida deste indivíduo, pois o bem-estar depende da interação de uma série de fatores que vão além da garantia de infraestrutura em saúde^{2,4,5,6}.

Considerando o suporte social como o grau com que as relações interpessoais respondem a determinadas necessidades segundo o nível de satisfação do indivíduo⁷, há de se pressupor que o mesmo funciona como mediador entre o meio ambiente e seus efeitos no comportamento, bem-estar e estado de saúde das pessoas⁸. Além disso, o suporte social pode atuar tanto como protetor ao risco de doenças, como agente no restabelecimento do indivíduo doente⁹.

Especialmente quando se trata de grupos mais vulneráveis, como idosos, é importante reconhecer como o apoio social oferecido pela família e pela sociedade pode influenciar o cuidado em saúde. Entre as dimensões do apoio social é possível incluir o apoio afetivo, o emocional, o apoio à informação, à interação social e o apoio material ou instrumental que presta auxílio nas atividades diárias e pode subsidiar na acessibilidade aos serviços de saúde^{7,10}.

O objetivo deste estudo foi analisar o apoio material como facilitador na acessibilidade aos serviços de saúde por idosos, em especial a serviços médicos e odontológicos.

Métodos

Este estudo quantitativo, descritivo e transversal foi realizado junto a uma população composta por participantes de Grupos de Convivência (GC) para idosos apoiados pela Fundação de Ação Social da Prefeitura Municipal de Curitiba (FAS/PMC), Paraná, distribuídos pelas 9 Regionais Administrativas (RA) da cidade. Os GC são organizados em centros de nível local que apoiam o desenvolvimento de atividades de caráter físico-preventivo, lazer e socioeducativas aos idosos de uma determinada comunidade.

Uma amostra probabilística foi calculada com base no método de amostragem estratificada por RA, partindo de um total de 4.325 indivíduos, considerando um nível de confiança de 95% e margem de erro máxima de 5%, admitindo uma percentagem de casos com apoio social para o acesso aos serviços de saúde de aproximadamente $p=50\%$. O sorteio dos idosos participantes da

amostra foi feito de maneira sistemática a partir de uma listagem fornecida pelas RA. Foram selecionados 376 idosos. O principal critério de inclusão foi a idade cronológica, sendo que os participantes deveriam ter 60 anos ou mais, faixa etária classificada como idosa no Brasil⁵. Não participaram deste estudo pessoas com dependência física e/ou condição mental incapacitante, sendo que a inclusão em uma das atividades desenvolvidas pelos GC pressupôs esta condição.

O perfil sociodemográfico da amostra foi analisado mediante informações coletadas por um questionário estruturado que contemplou as variáveis: *local de nascimento*; *sexo*; *idade*; *etnia*; *situação conjugal*; *posse de filhos*; *grau de escolaridade*; *renda familiar mensal em Salários Mínimos (SM)*; e *ocupação*.

Para determinar o Apoio Social (AS) foi utilizada a escala **Medical Outcomes Study (MOS)** desenvolvida por Sherbourne e Stewart¹⁰, adaptada à realidade brasileira por Chor et al.⁷ e validada por Griep et al.¹¹. Este instrumento é composto por 19 itens que abrangem 5 dimensões de AS, sendo: *Material* (4 itens); *Afetivo* (3 itens); *Emocional* (4 itens); *Informação* (4 itens); e, *Interação Social Positiva* (4 itens). Cada item se refere a *Se você precisar, com que frequência conta com alguém que...* Os respondentes puderam optar por um valor em uma escala ordinal de 5 pontos: *nunca* = 1; *raramente* = 2; *às vezes* = 3; *quase sempre* = 4; e, *sempre* = 5. Para cada uma delas foi determinado um escore sendo: de 3 a 15 para a dimensão de *apoio afetivo* e de 4 a 20 para as demais dimensões. O resultado do total de pontos obtidos foi dividido pelo máximo de pontos possíveis por dimensão, e posteriormente multiplicados por 100, a fim de padronizar a variação dos escores. Para estabelecer o escore total de **MOS** foi realizada a soma dos escores das 5 dimensões dividida por 5. Assim, o escore final pôde variar de 20 a 100. Quanto maior o escore de **MOS** mais o indivíduo experimenta o apoio social.

De modo a verificar o apoio para o acesso aos serviços de saúde, foi utilizado o recorte de um item da dimensão de *Apoio Material* de **MOS**, o qual apresenta o seguinte conteúdo: *Se você precisar, com que frequência conta com alguém que o/a leve ao médico e/ou ao cirurgião-dentista?* Os respondentes puderam optar por um valor incluído em uma escala ordinal de 5 pontos, sendo: *nunca* = 1, *raramente* = 2, *às vezes* = 3, *quase sempre* = 4, e *sempre* = 5. Nesta pesquisa, além do atendimento médico os indivíduos foram inquiridos a respeito do auxílio ao acesso aos serviços odontológicos. Sobre esta questão, os respondentes puderam se manifestar optando por 1 de 4 pontos de uma escala ordinal, sendo: *nenhum* = 0,

para levar somente ao médico = 1, para levar somente ao cirurgião-dentista = 2, para levar a ambos os profissionais = 3.

Os instrumentos foram aplicados por meio de entrevistas pessoais e todos os itens foram respondidos. As entrevistas foram realizadas respeitando os dias, horários e locais das atividades de cada GC.

Os dados foram tabulados e as análises estatísticas foram realizadas com o auxílio do programa **Statistical Package for the Social Sciences** versão 20.0.

Uma análise de distribuição de freqüências foi conduzida inicialmente com as variáveis sociodemográficas e AS. O Coeficiente de **Pearson** foi utilizado com o objetivo de identificar a contribuição das dimensões de apoio social na composição do escore total de **MOS**.

A pesquisa obedeceu aos preceitos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde ligado à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, obtendo parecer favorável para sua realização junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Paraná sob nº 005112/11 e Parecer Técnico Favorável da FAS/PMC. Todos os participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

A Tabela 1 apresenta o perfil sociodemográfico da população estudada. A amostra apresentou indivíduos com idade cronológica entre 60 e 96 anos (45,5%), cuja média foi de 71,26 (Desvio Padrão = 7,01). A maioria dos respondentes era oriunda de cidades de interior de pequeno porte (48,7%), mulheres (94,4%), brancas, (76,1%), viúvas, (47,1%), com filhos (93,9%), com pouca escolaridade (55,3%), vivendo com renda familiar entre 1 e 2 SM (31,4%) e aposentadas e não trabalhando (44,1%).

Tabela 1. Perfil sociodemográfico da população dos idosos da amostra.

Variável	n	%
Local de nascimento		
Capital	83	22,1
Região metropolitana	23	6,1
Cidade de interior de porte pequeno	183	48,6
Cidade de interior de porte médio	60	16,0
Cidade de interior de porte grande	27	7,2

Sexo		
Masculino	21	5,6
Feminino	355	94,4
Faixa etária		
60 ----- 70	171	45,5
70 ----- 80	158	42,0
80 anos e mais	47	12,5
Etnia		
Branca	286	76,1
Negra	17	4,5
Parda	68	18,1
Amarela	4	1,1
Indígena	1	0,2
Situação conjugal		
Casado / amigado	135	35,9
Solteiro	24	6,4
Viúvo	177	47,1
Desquitado / Divorciado / Separado	40	10,6
Posse de filhos		
Sim, tem filho/a/s	353	93,9
Não tem filho/a/s	23	6,1
Grau de escolaridade / Tempo de estudo		
Nunca foi à escolar	30	8,0
1ª ---- 4ª série = Fundamental / 1 a 4 anos	208	55,3
5ª ---- 8ª série = Fundamental / 5 a 8 anos	49	13,0
1ª---- 3ºcolegial = Ensino Médio / 9 a 11 anos	53	14,1
Superior e/ou Pós-graduação / 12 anos ou mais	36	9,6
Renda familiar mensal em Salários Mínimos* (SM)		
Até 1 SM	91	24,2
1 SM ---- 2 SM	118	31,4
2 SM ---- 5 SM	100	26,6
Mais de 5 SM	29	7,7
Não sabe ou se recusa a dizer	38	10,1
Ocupação		
Trabalha e não é aposentado/a	21	5,6
Trabalha e é aposentado/a	29	7,7
Dono/a de casa / Do lar	52	13,8
Desempregado/a	4	1,1
Pensionista	85	22,6
Sem atividade e sem remuneração	9	2,4

Aposentado/a e não trabalha	166	44,1
Beneficiário/a da prestação continuada	10	2,7

* Salário Mínimo em Março de 2011 = R\$545,00 Reais ± US\$330,30 Dólares

A população estudada apresentou elevado escore de apoio social, com valor médio de **MOS** de 87,5 (variação possível de 20 a 100).

A análise de Correlação de **Pearson** demonstrou que as dimensões de apoio emocional ($r= 0,81$) e apoio para informação ($r= 0,80$) foram as dimensões mais importantes na construção do escore final de **MOS**. As dimensões ligadas ao apoio para a interação social ($r= 0,74$), apoio afetivo ($r= 0,73$) e material ($r= 0,72$) seguiram esta ordem de importância.

Em relação à frequência com que os idosos podem contar com alguém para auxiliá-los a irem a consultas médicas e/ou odontológicas, a análise descritiva mostra que 13,6% nunca ou raramente contam com alguém para esta forma de suporte, enquanto que a grande maioria (74,4%) sempre pode contar com alguém para esta finalidade.

Sobre o apoio material para acessar um atendimento médico e/ou odontológico, 265 idosos (70,4%) relataram poder contar com alguém para levá-los a ambos profissionais. Entretanto, 69 indivíduos (18,4%) relataram ter suporte para acessar apenas o atendimento médico, conforme a tabela 2.

Tabela 2. Distribuição de frequências de apoio material para acessar um médico e/ou um cirurgião-dentista.

	n	%
Nenhum	42	11,2
Somente para ir ao médico	69	18,4
Somente para ir ao cirurgião-dentista	0	0
Para ir ao médico e ao cirurgião-dentista	265	70,4
Total	376	100,0

Discussão

O presente estudo verificou que os indivíduos da amostra possuem um alto grau de apoio social. Pinto et al.¹² conduziram um estudo que utilizou a escala **MOS** junto a uma população com perfil sócio-demográfico semelhante, e também identificou escores elevados de apoio social, indicando situação social favorável entre os idosos estudados.

O fato dos idosos entrevistados frequentarem as atividades desenvolvidas em um GC pode ter contribuído para este resultado. Este achado corrobora com a afirmação da Organização Mundial da Saúde¹³ de que a participação em atividades de lazer, culturais e espirituais, tanto na sociedade como na família, permitem que os idosos exerçam sua autonomia e gozem de respeito e estima, estimulando a formação de relacionamentos de apoio e carinho. Sobre as dimensões exploradas em **MOS**, as que mais contribuíram para a construção do escore médio (87,5) foram o apoio emocional e o apoio para informação. Igualmente este resultado apoia a observação feita pela Organização Mundial da Saúde¹³ de que as relações pessoais e sociais mais próximas e animadoras são fontes de força emocional, sendo a integração social uma chave para que os idosos se mantenham informados. O apoio social também contribui para a sensação de bem-estar geral¹ e as várias formas de auxílio podem trazer resultados positivos à saúde¹⁴. Para Matsukura et al.⁹ o suporte social contribui na compreensão do processo de saúde-doença e na qualidade de vida dos indivíduos.

Sobre os conceitos “acesso” e “acessibilidade”, Viana et al.³ destacam que a acessibilidade possibilita que as pessoas cheguem aos serviços, enquanto que o acesso refere-se à oportunidade de uso dos serviços. Assim, o presente estudo questionou sobre o idoso poder contar com alguém para conduzi-lo aos serviços médicos e odontológicos, pressupondo o apoio social como um possível determinante na acessibilidade aos serviços de saúde. A minoria (11,2%) dos idosos inquiridos neste estudo relatou não poder contar com ninguém para auxiliá-los a irem a consultas médicas e/ou odontológicas. Além disso, 18,4% relataram ter suporte para acessar apenas o atendimento médico. Estudos demonstram que os idosos são os maiores não-usuários de serviços odontológicos, sendo que a principal razão para isto é a falta de percepção das condições e da necessidade de tratamento bucal^{3,15,16}.

Estudos com idosos realizados por Haikal et al.¹⁵, Martins et al.¹⁷ e Vasconcelos et al.¹⁸, verificaram que, mesmo com precárias condições bucais, onde o número de dentes perdidos era grande, a maioria dos idosos avaliou sua saúde bucal de maneira positiva. A ausência de dentes e uso de próteses pode muitas vezes justificar a necessidade não sentida na busca do cuidado em saúde bucal por esta população. Assim a autopercepção das condições de saúde bucal se torna um fator importante, uma vez que o comportamento dos indivíduos é condicionado por suas percepções e pela importância dadas a elas^{3,15,17}.

O desconhecimento sobre o próprio estado de saúde bucal pode representar uma barreira na acessibilidade ao serviço odontológico por idosos^{3,19}. Por isso, é importante ampliar a compreensão das interações entre a saúde bucal e a auto-avaliação desta condição, bem como sua interação com o ambiente externo, as características individuais e os comportamentos em relação à saúde¹⁷, que podem ser influenciados pelo apoio social recebido. Para Viana et al.³ o sistema formal de atenção à saúde precisa atuar concomitantemente ao suporte social da pessoa idosa, auxiliando na otimização do suporte familiar e comunitário e fortalecendo a formação de vínculos de corresponsabilidade.

Sobre as características demográficas, Martins et al.¹⁷ ressaltam que a idade, o sexo, o nível de escolaridade, a renda pessoal e familiar, bem como o acesso a informações sobre cuidados preventivos, podem influenciar na busca por serviços odontológicos.

Em relação ao perfil da amostra, o presente estudo observou que a maioria dos idosos entrevistados possui características semelhantes ao descrito por Silva et al.⁶, onde a maioria foi formada por mulheres, viúvas e com baixa escolaridade. Em 2010, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística⁵ também constatou que a população idosa brasileira era composta pela maioria de mulheres, com escolaridade baixa e que pouco menos de 12,0% viviam com renda domiciliar *per capita* de até ½ SM, corroborando para os achados aqui descritos.

Louvison et al.²⁰ discutiram que, entre os idosos, as mulheres tendem a procurar mais pelos serviços de saúde. Entretanto, mulheres tendem a ser mais longevas e a longevidade é acompanhada pela dificuldade de locomoção, sendo que as mais idosas e menos favorecidas economicamente tendem a experimentar maior dificuldade no acesso a estes serviços. Idosos mais pobres tendem a diminuir a frequência na procura por consultas médicas, e a procura por consultas

odontológicas é ainda menor ou inexistente, mesmo quando a cobertura dos serviços de saúde é adequada²¹. Estas observações deixam clara a importância da renda familiar como determinantes no acesso aos serviços de saúde.

Além da condição socioeconômica, o nível de informação também é um importante condicionante em saúde. Louvison et al.²² observaram que os idosos com baixa escolaridade apresentam pior estado de saúde, pois as pessoas menos instruídas não reconhecem suas necessidades sanitárias, bem como desconhecem as formas de acessar os serviços de saúde. Reforçando estes argumentos, o estudo conduzido por Pinto et al.¹² observou escores de apoio social menores em idosos analfabetos, mulheres, viúvos ou solteiros, e com renda entre um e dois salários mínimos, evidenciando uma relação entre o perfil sociodemográfico e o apoio social.

Apesar da baixa prevalência (13,6%) de relatos de em caso de necessidade, nunca ou raramente poder contar com o apoio material de alguém para acessar os serviços de saúde, estudos como este são importantes por destacarem a importância do apoio social enquanto agente contribuinte e/ou informativo em saúde. O fato de aproximadamente 19% dos entrevistados terem relatado contar com o apoio material somente para ir ao médico, e não ao cirurgião-dentista pode não significar simplesmente a falta de alguém para dar suporte na locomoção aos serviços odontológicos, mas também a falta de percepção dos idosos sobre suas necessidades de cuidado em saúde bucal. Sob este aspecto Viana et al.³ destacam que o juízo de valor representa um obstáculo para os cuidados odontológicos uma vez que, culturalmente, na velhice a atenção à saúde é mais dirigida aos serviços médicos.

Conclusão

Este estudo demonstrou que a população de idosos estudada contava com alto grau de apoio social. O contexto social e seu impacto sobre o perfil de apoio social disponibilizado para idosos podem interferir nas condições de saúde e no perfil do cuidado a esta população, reforçando a necessidade de garantir o acesso e a atenção em saúde qualificada. Mais do que uma forma de auxílio material, o apoio social pode (e deve) contribuir como agente informativo em saúde.

Referências

1. World Health Organization (WHO). **Active ageing: a policy framework**. Geneva: WHO; 2002.
2. Brasil. Ministério de Saúde (MS). Portaria MS/GM Nº2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil** 2006; out 20.
3. Viana AAF, Gomes MJ, Carvalho RB, Oliveira ERA. Acessibilidade dos idosos brasileiros aos serviços odontológicos. **RFO** 2010; 15(3):317-322.
4. Motta LB, Aguiar AC. Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Cienc Saúde Colet** 2007; 12(2):363-372.
5. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2010**. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
6. Silva HO, Carvalho MJAD, Lima FEL, Rodrigues LV. Perfil epidemiológico de idosos frequentadores de grupos de convivência no município de Iguatu, Ceará. **Rev Bras de Geriatr e Gerontol** 2011; 14(1):123-133.
7. Chor D, Griep RH, Lopes CS, Faerstein E. Medidas de rede e apoio social no Estudo Pró-Saúde: pré-testes e estudo piloto. **Cad Saúde Pública** 2001; 17(4):887-896.
8. Baptista MN. Desenvolvimento do Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF): estudos psicométricos preliminares. **Psico-USF** 2005; 10(1):11-19.
9. Matsukura TS, Marturano EM, Oishi J. O Questionário de Suporte Social (SSQ): estudos da adaptação para o português. **Rev Latino-Am Enfermagem** 2002; 10(5):675-681.
10. Sherbourne CD, Stewart AL. The MOS social support survey. **Soc Sci Med** 1991; 32(6):705-714.
11. Griep HR, Chor D, Faerstein E, Wernwck GL, Lopes CS. Validade de constructo de escala de apoio social do *Medical Outcomes Study* adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. **Cad Saúde Pública** 2005; 21(3):703-714.

12. Pinto JLG, Garcia ACO, Bocchi SCM, Carvalhares MABL. Características do apoio social oferecido e idosos de área rural assistida pelo PSF. **Cienc Saúde Colet** 2006; 11(3):753-764.
13. World Health Organization (WHO). **Global age-friendly cities: a guide**. Geneva: WHO; 2007.
14. Ramos MP. Apoio social e saúde entre idosos. **Sociologias** 2002; 4(7):156-175.
15. Haikal DS, Paula AMB, Martins AMEBL, Moreira AN, Ferreira EF. Autopercepção da saúde bucal e impacto na qualidade de vida do idoso: uma abordagem quanti-qualitativa. **Cienc Saúde Colet** 2011; 16(7):3317-3329.
16. Kiyak HA. Age and culture: influences on oral health behavior. **Int Dent J** 1993; 32(1):9-16.
17. Martins AMEBL, Barreto M, Pordeus IA. Auto-avaliação de saúde bucal em idosos: análise com base em um modelo multidimensional. **Cad Saúde Pública** 2009; 25(2):421-435.
18. Vasconcelos LCA, Prado-Júnior RR, Teles JBM, Mendes RF. Autopercepção da saúde bucal de idosos de um município de médio porte do Nordeste brasileiro. **Cad Saúde Pública** 2012; 28(6):1101-1110.
19. Henriques C, Telarolli-Júnior R, Loffredo LCM, Montandon AAB, Campos JADB. Autopercepção das condições de saúde bucal de idosos do município de Araraquara, SP. **Cienc Odontol Bras** 2007; 10(3):67-73.
20. Louvison MCP, Lebrão ML, Duarte YAO, Laurenti R. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo: uma análise de gênero e renda. **Saúde Coletiva** 2008; 5(24):189-194.
21. Lima-Costa MFL, Barreto S, Giatti L, Uchôa E. Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Cad Saúde Pública** 2003; 19(3):745-757.
22. Louvison MCP, Lebrão ML, Duarte YAO, Santos JLF, Malik AM, Almeida ES. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. **Rev Saúde Pública** 2008; 42(4):733-740.

5 ARTIGO 4²

GERONTOÍSMO: UMA BARREIRA NO ACESSO À SAÚDE?

GERONTOISM: A BARRIER ON ACCESS TO HEALTH CARE?

Resumo

Plano de fundo: As demandas sociais provenientes do envelhecimento populacional brasileiro exigem planejamento de políticas públicas que assegurem saúde, segurança e inserção social à crescente população de idosos. Quando o conhecimento sobre o envelhecimento não é complexo, flexível e crítico o suficiente, podem emergir preconceitos, que podem contribuir para o impedimento de oportunidades sociais, para a desvalorização do idoso e para a negação de recursos terapêuticos. **Objetivo:** Discutir o preconceito etário como uma possível barreira de acesso aos serviços de saúde. **Método:** Este estudo, quantitativo, transversal e descritivo utilizou dados primários obtidos junto a uma amostra de 376 idosos que frequentam grupos de convivência na cidade de Curitiba, Brasil. A população inquirida foi caracterizada segundo as variáveis: sexo, idade, escolaridade, situação conjugal e renda familiar. Para verificar o preconceito etário em saúde foi utilizado o recorte de duas questões componentes de uma versão brasileira do *Ageism Survey*. **Resultados:** Foram entrevistados idosos, cuja idade média foi de 71,26 anos, sendo que a maioria eram mulheres, viúvas, de baixa escolaridade e com rendimento mensal de menos de 2 salários mínimos. Do total dos idosos, 24,2% relataram que profissionais da saúde atribuíram dores à idade cronológica, enquanto que apenas 3,2% relataram a negativa na prestação de serviços por um profissional da saúde. **Conclusões:** A discriminação em contextos de saúde foi vivenciada pela minoria da população alvo deste estudo. Entretanto, quando a experiência foi existente mostrou-se estressante para a maioria.

Palavras-Chave: Envelhecimento · Saúde · Idosos · Preconceito

² Artigo formatado de acordo com as normas da Revista *Gerontology* (Anexo H, p.151).

Abstract:

Background: Social demands from the Brazilian population aging requires planning policies to ensure health, safety and social integration of the growing elderly population. When knowledge about aging is not complex, critical and flexible enough, prejudices may emerge, which may contribute to the prevention of social opportunities for the devaluation of the elderly and the denial of treatment resources.

Objective: Discuss ageism as a possible barrier to access to health services. **Method:** This study, quantitative, descriptive and cross used primary data obtained in a population of elderly people who attend groups living in the city of Curitiba, Brazil. The survey population was characterized according to gender, age, education, marital status and family income. To check the ageism in health was used to cut two issues components of a Brazilian version of Ageism Survey.

Results: Were interviewed elderly, whose mean age was 71.26 years, and the majority were women, widows, low education and monthly income less than 2 minimum wages. Of the total elderly, 24.2% reported that health professionals attributed the pain to chronological age, while only 3.2% reported negative in the provision of services by a health professional. **Conclusions:** The discrimination on the health context was experienced by the minority of the interviewed people in this study, however, when it happens, it is very stressful for most.

Keywords: Ageing · Health · Elderly · Prejudice

Introdução

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial que acarreta demandas sociais e econômicas, exigindo planejamento no sentido de assegurar saúde, segurança e inserção social à crescente população de idosos [1]. Muitos são os países que observam o aumento do contingente idoso em suas populações. Entretanto, no Brasil, o envelhecimento populacional se dá em ritmo muito acelerado [2].

O envelhecimento é um processo complexo. Contudo, as imagens acerca da velhice muitas vezes são simplificadas e associam esta fase da vida a um período de perdas, mudanças físicas externas e a reduções funcionais [3,4,5]. Os idosos brasileiros compõem um contingente heterogêneo cujos riscos acumulados ao longo da vida impactam diretamente em suas condições de saúde [6], sendo que os cuidados para com esta população caracterizam um dos grandes desafios do Século XXI [7]. Assim, atingir a velhice com qualidade é um privilégio que pressupõe mudanças em vários setores da sociedade como saúde e educação [7,8].

O modelo biomédico de compreensão e atenção à saúde muitas vezes relega os aspectos sociais, econômicos e subjetivos do processo saúde-doença a um plano secundário [8]. Em especial a atenção à saúde do idoso requer conhecimento ampliado sobre os modos de vida deste indivíduo [9,10], onde a atenção às necessidades psicossociais dos gerontes se torna relevante [2].

Quando o conhecimento sobre o processo de envelhecimento é limitado, rígido e acrítico, existe uma tendência de formação de estereótipos que favorecem a formação de preconceitos [3,11]. O preconceito etário desvaloriza a figura do idoso e pode contribuir para o impedimento de oportunidades sociais e para a negação de recursos terapêuticos [3,4,9,11,12,13]. Na área da saúde, muitas atitudes de profissionais e de instituições podem apresentar exemplos de discriminação etária [14].

Semelhante ao racismo e ao sexismo, o preconceito etário é baseado em uma série de estereótipos negativos que favorecem a discriminação contra as pessoas devido à sua idade cronológica [15,16,17]. Chamada de ageísmo, esta forma de preconceito geralmente está associada à discriminação contra pessoas idosas [15,16], muito embora qualquer faixa etária possa ser atingida [17,18]. Assim a palavra gerontoísmo [18] será utilizada para tratar o preconceito etário para com os idosos.

Considerando a relevância dos condicionantes sociais para o envelhecimento saudável, o objetivo deste estudo foi discutir o gerontismo como possível barreira de acesso aos serviços de saúde.

Métodos

Este estudo descritivo, quantitativo e transversal cumpriu com os preceitos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde ligado à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Obteve parecer favorável para sua execução junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (CEP/PUCPR) sob Nº 005112/11 e Parecer Técnico Favorável da Fundação de Assistência Social da Prefeitura Municipal de Curitiba (FAS/PMC).

Os dados primários foram obtidos junto a uma amostra probabilística que teve seu dimensionamento, segundo o número total de indivíduos (n=4325) que frequentavam Grupos de Convivência para idosos (GC), calculado com base no método de amostragem das proporções, considerando um nível de confiança de 95% e margem de erro máxima de 5%, admitindo uma percentagem de casos com percepção positiva de gerontismo na saúde de p=50%. O sorteio dos idosos que responderam às entrevistas foi feito de maneira sistemática a partir de uma listagem fornecida pelas 9 Regionais Administrativas (RA) da FAS/PMC. Foram selecionados 376 idosos, distribuídos proporcionalmente nas RA mediante a técnica da amostragem estratificada. O principal critério de inclusão foi relacionado à idade cronológica, sendo que os participantes deveriam ter idade igual ou superior a 60 anos, estrato etário classificado como idoso no Brasil [2]. Não participaram as pessoas com dependência física e/ou condição mental incapacitante. Considerando que os GC apoiam o desenvolvimento de um conjunto de atividades sociais, recreativas e culturais, a inclusão de um idoso em uma dessas ocupações pressupôs boas condições de saúde física e mental.

Para efeito de discussão o perfil sociodemográfico da população-alvo foi definido através das variáveis: *sexo, idade, situação conjugal, escolaridade e renda familiar mensal em Salários Mínimos (SM)*.

Para verificar o gerontismo nos contextos de saúde foi utilizado o recorte de dois itens do *Ageism Survey* criado por Palmore [15] e adaptado à realidade brasileira por Couto et al. [19]. Os referidos itens são aqui denominados por R1 (*Um médico, enfermeiro e/ou dentista supôs que as minhas dores são devidas à minha*

idade) e R2 (*Negaram-me tratamento médico e/ou odontológico devido à minha idade*). A frequência com que cada fenômeno ocorreu foi expressa mediante uma escala ordinal com três pontos, sendo: (1) *Nunca*, (2) *Uma vez* e (3) *Mais de uma vez*. Além da frequência com que os acontecimentos discriminatórios foram relatados, os respondentes puderam se manifestar a respeito do nível de estresse percebido segundo cada evento vivenciado. Para tal, também foi utilizada uma escala ordinal de três pontos, sendo: (0) *Nenhum estresse*, (1) *Estresse mediano* e (2) *Estresse alto*. Sobre a categoria profissional que supôs dores associadas à idade em R1, além de médicos e enfermeiros, este estudo acrescentou a figura do cirurgião-dentista, assim os respondentes puderam optar por uma resposta expressa em uma escala resultante da combinação de 3 categorias profissionais, sendo: (0) *nenhum*; (1) *médicos*, (2) *enfermeiros*, (3) *cirurgiões-dentistas*, (4) *médicos e enfermeiros*, (5) *médicos e cirurgiões-dentistas*, (6) *enfermeiros e cirurgiões-dentistas* e (7) *médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas*. Igualmente em R2, foi acrescida a possibilidade da não prestação de atendimento frente às necessidades em saúde bucal, sendo que o respondente poderia optar por: (0) *não houve negativa*, (1) *negativa de tratamento médico*, (2) *negativa de tratamento odontológico*, e (3) *negativa de tratamento médico e odontológico*.

Os instrumentos de pesquisa foram aplicados mediante o método da entrevista pessoal e foram respondidos integralmente. Este método também permitiu a observação nas dificuldades de entendimento, possibilitando esclarecimentos que resultassem na compreensão do texto. Todas as entrevistas se fizeram na presença de autoridades municipais responsáveis, objetivando a segurança dos respondentes e a veracidade das respostas, sendo possível a inclusão de analfabetos funcionais, ou seja, pessoas que não sabem ler e nem escrever.

Os dados foram coletados respeitando os dias, horários e locais das atividades de cada GC. A análise estatística se deu mediante a distribuição de frequências das variáveis sociodemográficas e dos itens do *Ageism Survey* selecionados para verificar o gerontoísmo em contextos de saúde. Para tal foi utilizado o programa *Statistical Package for the Social (SPSS) 20.0*.

Resultados

O perfil sociodemográfico da amostra está demonstrado na Tabela 1 a seguir.

Tabela 1. Perfil sociodemográfico da população de idosos da amostra (n=376)

Variável Sociodemográfica	n	%
Sexo		
Masculino	21	5,6
Feminino	355	94,4
Faixa Etária		
60 ----- 70	171	45,5
70 ----- 80	158	42,0
80 anos e mais	47	12,5
Situação Conjugal		
Casado / amigado	135	35,9
Solteiro	24	6,4
Viúvo	177	47,1
Desquitado / Divorciado / Separado	40	10,6
Escolaridade		
Nunca foi à escola	30	8,0
1ª ---- 4ª série	208	55,3
5ª ---- 8ª série	49	13,0
1ª---- 2ºcolegial	26	6,9
3ºcolegial completo	27	7,2
Superior e/ou Pós-graduação	36	9,6
Renda familiar mensal em Salários Mínimos (SM)		
Até 1 SM	91	24,2
1 SM ---- 2 SM	118	31,4
2 SM ---- 5 SM	100	26,6
Mais de 5 SM	29	7,7
Não sabe ou se recusa a dizer	38	10,1

A amostra apresentou indivíduos com idade cronológica entre 60 e 96 anos, cuja média foi de 71,26 (Desvio Padrão = 7,01). A maioria dos respondentes foi composta por mulheres (94,4%); viúvas (47,1%); com escolaridade entre 1ª e 4ª séries (55,3%); vivendo com renda mensal entre 1 e 2 SM (31,4%).

Em relação à R1 as estatísticas descritivas mostram que 75,8% dos idosos nunca experimentaram o evento de terem suas dores associadas à idade cronológica segundo as categorias de profissionais da saúde mencionadas na pesquisa (Tabela 2).

Tabela 2. Frequência de ocorrência e grau de estresse atribuído pelos idosos ao responderem R1- Um médico, enfermeiro e/ou cirurgião-dentista supôs que as minhas dores são devidas à minha idade

Frequência de ocorrências				
	n		%	
Ocorrência				
Nunca	285		75,8	
Uma vez	39		10,4	
Mais de Uma vez	52		13,8	
TOTAL	376		100,0	
Grau de estresse *				
	Nenhum	Mediano	Alto	TOTAL
Vezes que experimentou o evento	(n)	(n)	(n)	(n)
Uma vez	14	10	15	39
Mais de uma vez	20	10	22	52
TOTAL	34	20	37	91

* Estresse relatado pela população que experimentou o evento uma vez ou mais de uma vez

Dos 91 indivíduos que relataram ter vivenciado o episódio descrito em R1, 57 pessoas (62,6%) descreveram o fato como sendo estressante, destes 20 classificaram como medianamente estressante e 37 como altamente estressante (Tabela 2).

A Tabela 3 apresenta as categorias profissionais que associaram as dores dos idosos às suas idades cronológicas segundo a frequência dessas ocorrências.

Tabela 3. Frequência de suposições de profissionais que associaram as dores dos idosos às suas idades cronológicas

Frequência de ocorrências		
Profissional que supôs	n	%
Nenhum	285	75,8
Médico	79	21,0
Enfermeiro	6	1,6
Cirurgião-Dentista	0	0,0
Médico+Enfermeiro	4	1,1
Médico+Cirurgião-Dentista	1	0,3
Médico+Enfermeiro+Cirurgião-Dentista	1	0,3
TOTAL	376	100,0

Os idosos apontaram o médico como sendo o profissional que mais atribuiu as dores à idade cronológica, aparecendo em 85 relatos. Já os enfermeiros foram apontados por 11 indivíduos e o cirurgião-dentista por apenas 2 (Tabela 3).

Sobre a não prestação de tratamento médico e/ou odontológico exibida em R2, esse acontecimento foi relatado por apenas 12 indivíduos da amostra, conforme a Tabela 4.

Tabela 4. Frequência de ocorrência e grau de estresse atribuído pelos idosos em relação do evento em R2- Negaram-me tratamento médico e/ou odontológico devido à minha idade

Frequência de ocorrências				
	n	%		
Ocorrência				
Nunca	364	96,8		
Uma vez	10	2,7		
Mais de Uma vez	2	0,5		
TOTAL	376	100,0		
Grau de estresse *				
	Nenhum	Mediano	Alto	TOTAL
Vezes que experimentou o evento	(n)	(n)	(n)	(n)
Uma vez	2	1	7	10
Mais de uma vez	0	0	2	2
TOTAL	2	1	9	12

* Estresse relatado pela população que experimentou o evento uma vez ou mais de uma vez

Apesar da baixa prevalência relatada, quando o evento se deu, esse se mostrou um fato de estresse alto para 9 idosos (Tabela 4), representando 75,0% em relação ao total de indivíduos (n=12) que notaram o episódio. Sobre a frequência de ocorrência de negativa de tratamento médico e/ou odontológico, a maioria dos idosos da amostra (96,8%) relatou que não lhes foi negado nem tratamento médico nem odontológico. Apenas 12 idosos (3,2%) relataram ter vivenciado a negativa de tratamento médico, enquanto a negativa de tratamento odontológico não foi relatada por nenhum dos respondentes.

Discussão

Este estudo mostrou que os eventos discriminatórios em contextos de saúde descritos em R1 e R2 foram vivenciados pela minoria dos idosos da amostra. No

entanto, quando os episódios ocorreram, mostraram-se estressantes para a maioria dos idosos.

Para Goldani [20], alguns médicos tendem a aceitar certas dores em pessoas mais velhas como sendo parte inevitável do processo de envelhecimento. Ao prejudicarem estas dores, deixam de investigar mais profundamente suas causas, tal como fariam com pacientes mais jovens; praticando o que os especialistas chamam de preconceito etário médico. Em relação a esta forma de preconceito, o presente trabalho verificou que apenas 24,2% da população investigada relataram ter tido suas dores associadas à idade por um profissional da saúde. Apesar disso, quando este fato ocorreu, ele foi estressante para 62,6% dos idosos. Este apontamento corrobora o estudo de Couto et al. [19] que ressalta a importância de um indicador de estresse como uma forma de detectar os efeitos atribuídos aos acontecimentos discriminatórios observados. Em outro estudo que utilizou o *Ageism Survey*, Larry & Yongjie [21] verificaram que 40,2% dos indivíduos pesquisados disseram que um médico ou enfermeiro assumiram que suas doenças foram causadas pela idade, sendo o segundo fato mais prevalente na pesquisa. Entretanto, não foi observado qual profissional teria feito esta relação. No presente estudo verificou-se que profissionais da saúde assumiram esta condição, sendo que foram registradas 85 ocorrências envolvendo médicos, 11 enfermeiros e 2 cirurgiões-dentistas.

Rovira [22] destaca que não existe nenhum motivo médico ou ético para não se tratar uma pessoa pelo simples fato de ela ser idosa. Entretanto, por razões ainda não conhecidas, em alguns casos podem haver restrições de tratamentos devido à idade. Sobre a negativa na prestação um tratamento médico e/ou odontológico, o presente estudo verificou que houve baixa frequência de relato (3,2%) na ocorrência de tal fato. Não obstante, quando este acontecimento se deu ele se mostrou como sendo muito estressante para 75,0% (n=9) dos idosos.

As decisões clínicas junto aos idosos são influenciadas por muitos fatores, havendo necessidade de compreensão ampliada sobre as características e as necessidades mais prevalentes destes indivíduos [9,23]. No que se refere às interferências do gerontismo nas limitações das decisões clínicas com base na idade, geralmente elas são difíceis de serem detectadas, pois esta forma de discriminação pode estar enraizada em nível subconsciente no profissional [9].

A discriminação etária pode ser mortal para os idosos que precisam receber cuidados de saúde [14]. O preconceito em relação à velhice pode motivar políticas e

práticas sociais segregadoras e discriminatórias capazes de restringir o acesso dos idosos a tratamentos médicos [9,12], sendo que uma das mais dolorosas formas de discriminação contra os idosos é a que se refere à saúde [22]. Neste sentido, Silva et al. [10] reforçam que os idosos devem ter acompanhamento rotineiro de sua saúde e que isto deve ser feito por um profissional competente.

A formação acadêmica que não releva as particularidades do envelhecimento humano pode ser um terreno fértil para o preconceito etário na saúde [24]. Para o *International Longevity Center-USA* [14] muitos médicos e prestadores de serviços de saúde, como enfermeiros e assistentes sociais norte-americanos, não possuem formação adequada para entender o processo de envelhecimento e a velhice, impactando diretamente na oferta de serviços de qualidade e na atuação profissional. Um estudo piloto conduzido por Wirth e Sieber [23] observou que muitos profissionais da saúde subestimam a expectativa de vida restante em idosos e que isso pode interferir na maneira com os quais esses profissionais gerenciam os atendimentos aos idosos. Neste sentido, o estudo de Motta & Aguiar [8] destaca que os médicos brasileiros recém-egressos, cuja formação acadêmica se restringiu ao estudo das doenças mais prevalentes e/ou ao processo biológico do envelhecimento, não demonstram capacidades para entender a complexidade na atenção à saúde dos idosos. Sob esta ótica, Siqueira [25] destaca que, além do domínio dos aspectos clínicos e patológicos, o exercício da Medicina deve observar outras áreas do conhecimento, como aquelas oriundas das ciências humanas.

A população alvo desta pesquisa apresentou padrões semelhantes aos estudos consultados e realizados no Brasil. A maioria dos idosos entrevistados nos GC/FAS/PMC são do sexo feminino, com baixa escolaridade, viúvos, e com renda familiar entre 1 e 2 SM. Um perfil semelhante foi descrito na pesquisa realizada junto aos grupos de convivência de idosos do município de Iguatu por Silva et al. [10], que verificaram que a população estudada foi formada em sua maioria por mulheres, viúvas e com baixa escolaridade. Em um estudo envolvendo moradores de centros urbanos, Ramos [7] verificou a predominância do contingente feminino e média etária de 72 anos, semelhante à da amostra deste estudo. Em 2010, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [2] verificou que a população idosa brasileira era composta pela maioria de mulheres, com baixa escolaridade (30,7% tinham menos de um ano de instrução), e que viviam com renda domiciliar *per capita* de até ½ SM ao mês.

Este estudo tem como ponto forte ser o primeiro a destacar os acontecimentos de gerontismo no Brasil envolvendo três categorias de profissionais da saúde. Para que isso viesse a ocorrer, foi necessário fazer um ajuste do texto junto às questões utilizadas do *Ageism Survey*. A versão dessa escala, adaptada à realidade brasileira por Couto et al. [19], ainda não foi validada. Entretanto, os resultados obtidos neste trabalho ressaltam a importância da associação da frequência de ocorrências com a intensidade de estresse percebido. A baixa taxa de relato presente em R1 e em R2 pode representar que estes episódios não são comuns na cultura local. Contudo este assunto ainda não foi muito explorado no Brasil.

Conclusões

Os acontecimentos discriminatórios na atenção em saúde foram relatados pela minoria da população estudada. Entretanto, quando a experiência foi vivenciada, mostrou-se estressante para a maioria dos idosos. Assim, apesar deste estudo não suportar evidências de que o gerontismo represente uma barreira relevante para o acesso à saúde dos idosos brasileiros, fica evidente que há espaço para novos trabalhos que abordem este tema de pesquisa.

Referencias

1. World Health Organization (WHO): Active ageing: a policy framework. Geneva, WHO, 2002.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE): Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2010. Rio de Janeiro, IBGE, 2010.
3. Néri AL: Atitudes e preconceitos em relação à velhice; in: Fundação Perseu Abramo (FPA): Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na Terceira Idade. São Paulo, Editora FPA, 2007, pp 33-46.
4. Ribeiro APF: Imagem da velhice em profissionais que trabalham com idosos: enfermeiros, médicos e técnicos de serviço social. Aveiro, Universidade de Aveiro, 2007.
5. Nelson TD: Ageism: prejudice against our feared future self. J Soc Issues 2005; 61: 207-221.
6. Louvison MCP, Lebrão ML, Duarte YAO, Laurenti R: Inequalities in access to health care services and utilization for the elderly in São Paulo, Brazil: an analysis of gender and income. Saúde Coletiva 2008; 24: 189-194.
7. Ramos LR: Determinant factors for healthy aging among senior citizens in a large city: Epidoso Project in São Paulo. Cad Saúde Pública 2003; 19: 793-798.
8. Motta LB, Aguiar AC. New professional competences in the field of health and the aging Brazilian population: integrality, interdisciplinary, intersectoriality. Ciênc Saúde Coletiva 2007; 12: 363-372.
9. Centre for Policy on Ageing (CPA): Ageism and age discrimination in secondary health care in the United Kingdom: a review from the literature. London, CPA, 2009.
10. Silva HO, Carvalho MJAD, Lima FEL, Rodrigues LV: Epidemiologic profile of the elderly members of community groups in the city of Iguatu, Ceará. Rev Bras Geriatr Gerontol 2011; 14: 123-133.
11. Martins RML, Rodrigues MLM: Estereótipos sobre idosos: uma representação social gerontofóbica. Millenium - Revista do Instituto Superior Politécnico Viseu 2004; 29: 249-254.

12. Néri AL, Cachioni M, Resende M: Atitudes em relação à velhice; in: Néri AL (org): Palavras-Chave em Gerontologia. Campinas, Editora Alínea, 2008, pp 13-15.
13. Guerra ACLC, Caldas CP: Difficulties and rewards on aging: the elderly's self-perception. *Ciênc Saúde Coletiva* 2010; 15: 2931-2940.
14. International Longevity Center-USA (ILC-USA): Ageism in America. New York, ILC-USA Ltda, 2006.
15. Palmore E: The Ageism Survey: first findings. *The Gerontologist* 2001; 41: 572-575.
16. Palmore E: Research note: ageism in Canada and the United States. *J Cross-Cultural Gerontology* 2004; 19: 41-46.
17. Schroots JJF: Ageism in Science: Fair-play between generations; in: Federation of All European Academies (ALLEA): Annual Report: 2003. Amsterdam, ALLEA, 2003, pp 29-37.
18. Koch-Filho HRK, Koch LFA, Kusma SM, Werneck RI, Bisinelli JC, Moysés ST, Alanis LRA: Uma reflexão sobre o preconceito etário na saúde. *Rev Gestão & Saúde* 2012; 4: 40-49.
19. Couto MCPP, Koller SH, Novo RF, Soares PS: An assessment of the discrimination against older persons in the Brazilian context: ageism. *Psic Teor e Pesq* 2009; 25: 509-518.
20. Goldani AM: Desafios do "preconceito etário" no Brasil. *Educ Soc* 2010; 31: 411-434.
21. Larry A, Yongjie YMA: Ageism in British Columbia: a brief report. *Curr Res Psychol* 2010; 1: 67-70.
22. Rovira ER: Salud y personas mayores: la discriminación sanitaria del mayor. Santander, Cantabria Académica 2004.
23. Wirth R, Sieber CC. Health care professionals underestimate the mean life expectancy of older people. *Gerontology* 2012; 58:56-59.
24. Turcote L: Ageism in the American Healthcare System. *Chrestomathy* 2003; 2: 284-298.
25. Siqueira JE: Medical assistance to aged patients. *Mundo Saúde* 2010; 34: 466-474.

6 ARTIGO 5³

A autopercepção de gerontismo segundo o apoio social e a funcionalidade familiar entre idosos

O presente estudo quantitativo, descritivo e transversal teve por objetivo identificar se o apoio social (AS) e a funcionalidade familiar (FF) interferem na autopercepção de gerontismo (AG). Para tal foram entrevistados 376 idosos, homens e mulheres, em boas condições de saúde física e mental, participantes de Grupos de Convivência para idosos no município de Curitiba – Brasil. Foram coletadas informações sobre o perfil sociodemográfico da amostra mediante um questionário estruturado. A AG foi medida por meio do *Ageism Survey*; o AS foi definido por meio do *Medical Outcomes Study* e o índice *APGAR* de Família foi utilizado para definir a FF. A correlação entre os escores totais de AG, AS e FF foi analisada por meio do Coeficiente de Correlação de Pearson. A comparação entre médias de AG, FF e variáveis sociodemográficas foi feita utilizando-se os testes ANOVA a um critério e teste Tukey *HSD*. Para a comparação das médias de AG com AS e variáveis sociodemográficas foi utilizado o teste *t* de *student*. A maioria dos inqueridos procedia de cidades do interior de pequeno porte (48,7%); eram mulheres (94,4%); com idade entre 60 e 69 anos (45,5%); brancos (76,1%); viúvos (47,1%); com filhos (93,9%); baixa escolaridade (55,3%); renda familiar entre 1 e 2 salários mínimos (31,4%); e aposentados não trabalhando (44,1%). Não foi observada correlação entre as variáveis sociodemográficas e os escores de AG. Correlação negativa e estatisticamente significativa foi observada entre AG e AS ($r = -0,26$, $p = 0,00$) e entre AG e FF ($r = -0,28$, $p = 0,00$). Conforme os escores de AG aumentaram, diminuíram os de AS e FF. Menor autopercepção de gerontismo foi observada em idosos com maior apoio social e funcionalidade familiar.

Palavras-chave: Preconceito; idosos; apoio social; funcionalidade familiar.

³ Artigo formatado de acordo com as normas da Revista *Journal of the American Geriatrics Society* (Anexo I, p.155).

A idade cronológica é uma categoria social que possibilita inferências sobre as competências sociais e cognitivas das pessoas, determinando o modo como elas se comportam e pensam, umas em relação às outras.¹⁻⁷ Em contextos sociais que tendem a venerar a juventude, o envelhecimento é relevado a uma condição de vergonha, de caricato e de desgosto^{5,8}, fazendo com que os idosos experimentem eventos de discriminação etária ou ageísmo.^{2,6,9-11} Quando o ageísmo⁹ afeta exclusivamente os idosos ele pode assumir conceitos como velhismo,¹² ancianismo¹⁰ ou gerontoísmo.¹³

O envelhecimento é um processo complexo e multifacetado e conhecer mais sobre a velhice e o modo de vida dos idosos pode interferir na perspectiva social.^{5,6,8,10,13, 14}

Sob a ótica do envelhecimento ativo a manutenção ou reforço das funções físicas e cognitivas são tão importantes quanto o engajamento na vida cotidiana, incluindo atividades produtivas e relações interpessoais.¹⁵ Neste contexto, o suporte social e seus diversos e distintos determinantes funcionam como um mediador entre o meio ambiente e as pessoas, com efeitos nos seus comportamentos, bem-estar e estado de saúde.¹⁵⁻¹⁷ Do mesmo modo, cabe ressaltar a importância do suporte informal que a família desempenha na qualidade de vida das pessoas mais velhas, pois o funcionamento da estrutura familiar tanto pode harmonizar as relações internas como manifestar vínculos egoístas entre seus membros.^{16,18}

Pressupondo que o preconceito etário possa implicar em danos no bem-estar dos idosos, o objetivo deste estudo foi discutir, em um contexto brasileiro, se o apoio social e a funcionalidade familiar podem interferir na autopercepção de gerontoísmo.

MÉTODOS

Este estudo é caracterizado como quantitativo, descritivo e transversal. A população estudada compreendeu participantes de Grupo de Convivência (GC) para idosos apoiados pela Fundação de Ação Social da Prefeitura Municipal de Curitiba (FAS/PMC), Paraná, Brasil. Os GC são organizados em centros de nível local que apóiam o desenvolvimento de atividades de caráter físico-preventivo, lazer e sócio-educativas aos idosos de uma determinada comunidade.

A amostra foi recrutada junto aos GC nas 9 Regionais Administrativas (RA) da cidade. Uma amostra probabilística foi calculada com base no método de amostragem estratificada por RA, partindo de uma população de 4.325 pessoas

vinculadas aos GC, considerando um nível de confiança de 95% e margem de erro máxima de 5%, e admitindo uma percentagem de casos com percepção positiva de gerontóismo de $p=50\%$. O sorteio dos idosos participantes da amostra foi feito de maneira sistemática a partir de uma listagem fornecida pelas RA. Foram selecionados 376 idosos. O principal critério de inclusão foi a idade cronológica, sendo que os participantes deveriam ter 60 anos ou mais - estrato etário classificado como idoso no Brasil.¹⁹ Não participaram deste estudo as pessoas com dependência física e/ou condição mental incapacitante.

Para caracterizar o perfil sociodemográfico da população foram coletadas informações sobre as variáveis: *local de nascimento; sexo; idade; etnia; situação conjugal; posse de filhos; grau de escolaridade; renda familiar mensal em Salários Mínimos (SM); e ocupação.*

Para aferir a Autopercepção de Gerontóismo (AG) foi utilizada uma versão do *Ageism Survey*, criado e validado por Palmore^{2,11} e adaptado à realidade brasileira por Couto *et al.* em 2009.⁶ Neste estudo, o instrumento utilizado foi composto por 20 questões de frequência das situações de discriminação possíveis de serem sofridas pelos respondentes, mais o registro da intensidade do estresse associado a cada situação vivenciada. As respostas em relação à frequência de ocorrências (Fr) estão dispostas em uma escala ordinal de 4 pontos, sendo: *não se aplica* = 0; *nunca* = 1; *uma vez* = 2; *mais de uma vez* = 3. A intensidade de estresse (Es) atribuído a cada evento apresenta-se em uma escala ordinal de 3 pontos: *nenhum estresse* = 0; *estresse mediano* = 1; e *estresse alto* = 2. O escore para cada questão foi construído multiplicando os valores de Fr e Es. Um escore médio foi criado para cada questionário dividindo o somatório dos valores de todas as questões por 20. Assim o escore médio de AG assumiu valores entre 0 e 6. Quanto maior o escore de AG pior é a percepção do indivíduo em relação à discriminação etária. Neste estudo também foi incluída a opção *cirurgião-dentista* junto à questão (Q)12, que indaga sobre um médico ou enfermeiro ter suposto que as dores sentidas pelos idosos são originárias da idade. Do mesmo modo, na Q13, que trata da negativa de tratamento médico, foi incluída a opção *negativa do tratamento odontológico*. A opção *não se aplica* foi adotada somente nas questões Q6, Q7, Q8, Q14 e Q15 do instrumento.

Para determinar o Apoio Social (AS) foi utilizada a escala *Medical Outcomes Study (MOS)* adaptada à realidade brasileira por Chor *et al.*²⁰. O MOS é um instrumento que foi desenvolvido por Sherbourne & Stewart²¹ com o intuito de avaliar

as diferentes dimensões do apoio social. A versão brasileira teve sua validade e confiança testada por Griep *et al.*²² Este instrumento é composto por 19 itens distribuídos em 5 dimensões de AS, sendo: *Material* = 4; *Afetivo* = 3; *Emocional* = 4; *Informação* = 4; e, *Interação Social Positiva* = 4. Cada item se refere a *Se você precisar, com que frequência conta com alguém que...* Os respondentes puderam optar por um valor em uma escala ordinal de 5 pontos: *nunca* = 1; *raramente* = 2; *às vezes* = 3; *quase sempre* = 4; e, *sempre* = 5. Para cada uma delas foi determinado um escore sendo: de 3 a 15 para a dimensão de *apoio afetivo* e de 4 a 20 para as demais dimensões. O resultado do total de pontos obtidos foi dividido pelo máximo de pontos possíveis por dimensão, e posteriormente multiplicados por 100, a fim de padronizar a variação dos escores. Para estabelecer o escore total de *MOS* foi realizada a soma dos escores das 5 dimensões dividida por 5. O escore final varia de 20 a 100. Quanto maior o escore de *MOS* mais o indivíduo experimenta o apoio social. Para fins de análise estatística a variável AS foi utilizada tanto na sua forma contínua, como também foi dicotomizada, tendo a mediana (= 92) como valor de corte, configurando 2 grupos: *Alto AS* e *Baixo AS*.

A Funcionalidade Familiar (FF) foi avaliada pelo Índice *APGAR* de Família, criado por Smilkstein²³ traduzido, adaptado à realidade brasileira e validado por Duarte em 2001.²⁴ Este instrumento visa identificar indícios de disfunção familiar. Verifica a satisfação com a dinâmica de funcionamento das famílias como sendo provedoras de recursos ou um fator estressor. Permite mensurar a satisfação dos membros de uma família em relação a 5 unidades básicas de funcionalidade familiar: *Adaptação*, *Companheirismo*, *Desenvolvimento*, *Afetividade*, e *Capacidade Resolutiva*. As iniciais dos conceitos homólogos em língua inglesa – *Adaptation*; *Partnership*; *Growth*; *Affection*; *Resolve* – determinaram o nome desta escala. No que se refere a cada uma destas unidades básicas de FF os participantes puderam optar por um valor em uma escala ordinal de 3 pontos: *nunca* = 0; *algumas vezes* = 1; *sempre* = 2. O escore final foi obtido pela soma dos pontos e variou de 0 a 10. Para análise estatística os escores de FF foram utilizados em uma variável contínua, bem como em uma variável categorizada em: *Disfunção Familiar (DF) elevada* = 0-4 pontos; *DF moderada* = 5-6 pontos; e *Funcionalidade Familiar (FF) preservada* = 7-10 pontos. Quanto maior o escore, melhor é a percepção do indivíduo em relação à sua funcionalidade familiar.

Os instrumentos foram aplicados pelo *Método da Entrevista Pessoal*. As entrevistas foram realizadas respeitando os dias, horários e locais das atividades de cada GC.

Os dados foram tabulados e as análises estatísticas foram realizadas com o auxílio do programa *SPSS 20.0*.²⁵

Uma análise de distribuição de frequências foi conduzida inicialmente com as variáveis sociodemográficas, AG, AS e FF. A correlação entre os escores contínuos de AG, FF e AS foi analisada utilizando o Coeficiente de Pearson. A comparação entre os valores médios de AG com as variáveis dicotômicas AS e variáveis sociodemográficas foi feita utilizando o teste *t* de *student* para amostras independentes. Os valores médios de AG foram comparados com as variáveis categóricas FF e variáveis sociodemográficas categóricas politômicas mediante ANOVA a um critério e do teste de comparações múltiplas paramétricas de *Tukey HSD*. As 5 dimensões do MOS foram comparadas entre si e com o escore total da escala mediante o Coeficiente de Pearson com o objetivo de identificar a contribuição das dimensões na composição do escore total. Da mesma forma foram correlacionadas as 5 unidades básicas e o escore total do Índice APGAR de família. Por fim, com o objetivo de verificar as variações dos escores obtidos através das escalas MOS e Índice APGAR de Família junto aos escores obtidos na escala *Ageism Survey* foi considerada a condução da análise de regressão linear.

A pesquisa obedeceu aos preceitos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde ligado à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Obteve parecer favorável para sua realização junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Paraná sob nº 005112/11 e Parecer Técnico Favorável da Fundação de Ação Social da Prefeitura Municipal de Curitiba (FAS/PMC). Todos os participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta o perfil sociodemográfico da população estudada.

Tabela 1. Perfil sociodemográfico da população dos idosos da amostra

Variável Sociodemográfica	n	%
Local de nascimento		
Capital	83	22,1
Região metropolitana	23	6,1
Cidade de interior de porte pequeno	183	48,6
Cidade de interior de porte médio	60	16,0
Cidade de interior de porte grande	27	7,2
Sexo		
Masculino	21	5,6
Feminino	355	94,4
Faixa Etária		
60 I----- 70	171	45,5
70 I----- 80	158	42,0
80 anos e mais	47	12,5
Etnia		
Branca	286	76,1
Negra	17	4,5
Parda	68	18,1
Amarela	4	1,1
Indígena	1	0,2
Situação Conjugal		
Casado / amigado	135	35,9
Solteiro	24	6,4
Viúvo	177	47,1
Desquitado / Divorciado / Separado	40	10,6
Posse de filhos		
Sim, tem filho/a/s	353	93,9
Não tem filho/a/s	23	6,1
Escolaridade		
Nunca foi à escola	30	8,0
1ª I----I 4ª série	208	55,3
5ª I----I 8ª série	49	13,0
1ª----I 2ºcolegial	26	6,9
3ºcolegial completo	27	7,2
Superior e/ou Pós-graduação	36	9,6
Renda familiar mensal em SM		
Até 1 SM	91	24,2
1 SM ----I 2 SM	118	31,4
2 SM ----I 5 SM	100	26,6
Mais de 5 SM	29	7,7
Não sabe ou se recusa a dizer	38	10,1
Ocupação		
Trabalha e não é aposentado/a	21	5,6
Trabalha e é aposentado/a	29	7,7
Dono/a de casa / Do lar	52	13,8
Desempregado/a	4	1,1
Pensionista	85	22,6
Sem atividade e sem remuneração	9	2,4
Aposentado/a e não trabalha	166	44,1
Beneficiário/a da prestação continuada	10	2,7

A amostra deste estudo caracterizou-se por ser, em sua maioria, oriunda de cidades de interior de pequeno porte (48,7%); mulheres (94,4%); faixa etária entre 60 e 69 anos (45,5%); branca (76,1%); viúva (47,1%); com filhos (93,9%); de baixo

grau de escolaridade (55,3%); vivendo com renda familiar entre 1 e 2 SM (31,4%); e, aposentados não trabalhando (44,1%).

Autopercepção de Gerontóismo: frequência e estresse

A tabela 2 apresenta as estatísticas descritivas de AG, Fr e Es.

Tabela 2. Estatísticas descritivas de Autopercepção de Gerontóismo (AG)

	Mínimo	Máximo	Média	Mediana	Desvio Padrão
Escores de AG	0,00	2,20	0,15	0,04	0,27
Escore de Fr	0,75	2,00	1,01	0,95	0,24
Escore de Es	0,00	1,10	0,11	0,05	0,17

Os valores de AG variaram de 0,00 a 2,20, com média de 0,15. Considerando que o valor máximo que pode ser assumido em AG é 6, fica caracterizada a baixa frequência de situações discriminatórias percebidas. Além disso, a maioria dos idosos caracterizou estas situações como não estressantes. A autopercepção de gerontóismo na amostra foi baixa.

O Quadro 1 apresenta o ranking de questões (Q) de acordo com a frequência de ocorrência das situações descritas no *Ageism Survey*, bem como o estresse atribuído em cada uma.

QUADRO 1. Ranking decrescente baseado na frequência de ocorrência dos eventos discriminatórios e estresse atribuído

Q	Texto da questão	Fr ^a (%)	Es (%)
1	Contaram-me uma piada que ridicularizava as pessoas de mais idade	39,6	15,6
5	Falaram comigo de forma condescendente ou paternalista devido à minha idade	38,0	5,6
16	Sugeriram que eu não ouço bem devido à minha idade	24,8	12,5
12	Um médico, enfermeiro e/ou cirurgião-dentista supôs que as minhas dores são devidas à minha idade	24,2	15,1
17	Sugeriram que eu não compreendo bem devido à minha idade	22,4	13,3
4	Chamaram-me de um nome impróprio, que insultava, devido à minha idade	21,8	14,6
3	Fui ignorado(a) ou não levado(a) a sério devido à minha idade	21,3	17,1
18	Alguém me disse: "O(A) senhor(a) é muito velho(a)"	15,2	9,6
10	Fui tratado/a com menos dignidade e respeito devido à minha idade	13,6	11,5
20	Fui vítima de violência (física /moral) devido à minha idade	8,8	8,7
19	A minha casa foi invadida devido à minha idade	5,0	5,1
9	Fui rejeitado/a por não ser atraente devido à minha idade	4,0	3,2
2	Enviaram-me um cartão de aniversário que ridicularizava as pessoas de mais idade	3,2	1,9
13	Negaram-me tratamento médico e/ou odontológico devido à minha idade	3,2	2,7
7	Tive dificuldade em obter um empréstimo devido à minha idade	2,2	0,8

14	Negaram-me emprego devido à minha idade	1,3	1,3
15	Negaram-me uma promoção devido à minha idade	1,3	1,1
6	Recusaram alugar-me uma casa devido à minha idade	1,0	0,6
11	Um garçom ignorou-me devido à minha idade	1,0	1,1
8	Negaram-me um cargo de chefia devido à minha idade	0,8	0,3

^a porcentagem de frequência de ocorrências – excluídas as opções *Não se Aplica* e *Nunca*

Os acontecimentos mais percebidos como discriminatórios pelos idosos entrevistados foram contar piadas que ridicularizavam idosos (Q1) e tratá-los de maneira condescendente ou paternalista (Q5). Entretanto, Q1 apresentou um alto valor de estresse atribuído, enquanto que em Q5, o escore de estresse foi baixo.

Apoio Social e de Funcionalidade Familiar

A população estudada apresentou muito apoio social, com valor médio de MOS de 87,5, o qual poderia variar de 20 a 100.

A análise de Correlação de Pearson demonstrou que as dimensões de apoio emocional ($r= 0,81$) e apoio para informação ($r= 0,80$) foram as dimensões mais importantes na construção do escore final de MOS. As dimensões ligadas ao apoio para a interação social ($r= 0,74$), apoio afetivo ($r= 0,73$) e material ($r= 0,72$) seguiram esta ordem de importância.

A variável contínua AS foi dicotomizada a partir da mediana (Valor= 92), tendo sido criados dois grupos: *Baixo AS* [< 92] (51,1%) e *Alto AS* [≥ 92] (48,9%).

Em relação à FF, o valor médio obtido pelo Índice APGAR de Família foi de 8,82. Sobre as categorias de FF, 87,5% dos entrevistados apresentavam *FF preservada*, enquanto que 7,7% dos idosos relataram *DF moderada* e 4,8% *DF elevada*. A Correlação de Pearson evidenciou que as unidades básicas da afetividade, companheirismo e adaptação ($r= 0,81$) influenciaram consideravelmente o escore total do índice, seguidas do desenvolvimento ($r= 0,73$) e capacidade resolutive ($r= 0,72$).

Autopercepção de Gerontismo segundo o Apoio Social, a Funcionalidade Familiar e as variáveis sociodemográficas

O Coeficiente de Pearson evidenciou correlação estatisticamente significativa, negativa e fraca entre os escores de AG, AS e FF (Tabela 3). Conforme o escore de AG aumentou, diminuiu o escore de AS e de FF.

TABELA 3. Correlação de Pearson segundo as variáveis Autopercepção de Gerontismo, Apoio Social e Funcionalidade Familiar

	AG ^a	AS ^b	FF ^c
AG ^a	1	- 0,263 ^d	- 0,280 ^d
AS ^b	- 0,263 ^d	1	0,526 ^d
FF ^c	- 0,280 ^d	0,526 ^d	1

^a Autopercepção de Gerontismo

^b Apoio Social

^c Funcionalidade Familiar

^d Valor de $p = 0,000$

O teste *t* de *student* mostrou que a média de AG foi estatisticamente significativa ($p < 0,001$) e maior junto ao grupo de idosos de *Baixo* AS ($0,20 \pm 0,33$) quando comparado com o grupo de *Alto* AS ($0,15 \pm 0,19$).

ANOVA a um critério mostrou que a média de AG foi diferente de acordo com a FF. O teste de *Tukey HSD* revelou que na condição de *FF preservada*, a média de AG foi 0,12. Entretanto a média de AG aumentou nas condições de *DF moderada* (0,32) e *DF elevada* (0,34). O grupo formado pelas pessoas que apresentaram a *FF preservada* mostrou médias estatisticamente diferentes daquelas obtidas junto àqueles com relato de disfunção, tanto para *DF moderada* ($p = 0,001$) quanto para *DF elevada* ($p = 0,003$). No entanto, os grupos de *DF* não diferiram entre si ($p = 0,967$).

Em relação às médias de AG segundo cada variável sociodemográfica, observou-se que nenhuma delas apresentou diferenças estatisticamente significantes ($p > 0,05$).

O Coeficiente de Determinação (R^2) obtido entre as variáveis contínuas AG e AS indicou que as variações nos escores obtidos através da escala *MOS* explicam uma percentagem de 6,9% ($R^2 = 0,069$) na variação dos escores obtidos na escala *Ageism Survey*. Igualmente o R^2 obtido entre as variáveis contínuas AG e FF mostrou que as variações nos escores obtidos através do Índice *APGAR* de Família explicam uma percentagem de 7,8% ($R^2 = 0,078$) na variação dos escores obtidos na escala *Ageism Survey*. O Coeficiente de Determinação mostrou que as variações de AS e FF junto à AG não justificam a análise de regressão. A análise estatística de correlação entre as médias das variáveis sociodemográficas e AG mostraram não haver necessidade de análise de regressão entre elas.

DISCUSSÃO

O gerontoísmo é uma forma de discriminação sustentada principalmente pela manutenção de estereótipos sociais quanto à idade^{2,11,13,26} e pode se dar em âmbito racional, emocional e comportamental.²⁷ Muito utilizado na literatura mundial, o conceito *ageísmo*⁹ pode atingir qualquer grupo etário.¹⁰ Assim, pesquisadores têm procurado formular um conceito que possa expressar o ageísmo especificamente junto à categoria de pessoas idosas.^{12,10} Neste estudo o termo gerontoísmo foi utilizado, pois o radical *geronto* é um conceito universalmente aceito para se referir a idosos, sem tendências de sub ou supervalorização.

Assim como no trabalho de Couto *et al.*⁶, o presente estudo verificou que existem episódios de gerontoísmo no contexto brasileiro, tanto em situações sociais como em saúde. Contar piadas de idosos, tratar de maneira condescendente ou paternalista, supor que os idosos não ouvem e não compreendem bem, ter as dores associadas à idade por um profissional da saúde e ser chamado de nome impróprio que insulta a idade, bem como ser ignorado ou não levado a sério devido à idade foram os eventos discriminatórios marcantes para os indivíduos da amostra. Estes resultados são semelhantes aos de outros estudos.^{6,10,11} Já em relação às questões que indagam sobre os respondentes terem tentado alugar uma casa, conseguir um empréstimo, procurar um emprego e concorrerem a uma promoção ou a um cargo de chefia, a baixa taxa de resposta evidenciou que estes fatos não são corriqueiros no cotidiano dos idosos da amostra. Fato semelhante foi percebido nos estudos de Couto *et al.*⁶ e de Ferreira-Alves & Novo.¹⁰

Esta pesquisa também avaliou o nível de estresse que os participantes atribuíram aos episódios de discriminação vivenciados e evidenciou que a maioria dos inqueridos considerou que a maior parte dos episódios não era estressante, fato também notado no estudo de Couto *et al.*⁶ Entretanto, estes autores ressaltaram que isto não quer dizer que os idosos não notem certos eventos discriminatórios, mas que talvez eles não os considerem estressantes ou se utilizem de estratégias de proteção para lidar com certas situações negativas como o preconceito. No presente estudo isto ficou muito evidente junto à Q5 (*falar com o idoso de maneira condescendente ou paternalista*) que apresentou uma alta porcentagem de idosos relatando a ocorrência, mas que não foi percebida como sendo tão estressante. Na cultura brasileira o tratamento paternalista ou condescendente muitas vezes é encarado como uma forma de carinho e intimidade e não de desdenho, o que pode

ter contribuído para o baixo relato de estresse. Assim, a inclusão de um indicador de nível de estresse tornou mais claro o quanto os eventos de discriminação etária impactaram no bem-estar dos respondentes. Entretanto, há de se considerar que a ocorrência de um fato discriminatório é um problema, mesmo quando não é percebido como estressante, pois muitos idosos acabam assumindo rótulos sociais como sendo normais para a idade.^{7,27} A discriminação etária pode ser obscura, sutil e difícil de decifrar.²⁶ Um dos aspectos mais arditos do gerontismo é que ele se dá inconscientemente, de maneira implícita e sem intenção de prejudicar o seu alvo.²⁸

Para Chor *et al.*²⁰, o apoio social pode ser percebido como o grau com que as relações interpessoais respondem a determinadas necessidades segundo o nível de satisfação do indivíduo. Assim, o presente estudo considerou a falta de AS como um possível determinante no desfecho da AG. Os resultados obtidos nesta pesquisa mostram que o gerontismo é menor em pessoas com apoio social maior, enquanto que a discriminação etária é mais prevalente junto aos idosos que não possuem tanta proteção, pois, conforme AS aumentou AG diminuiu. A maior média de AG junto ao grupo de Baixo AS mostrou que as relações sociais e o amparo social predispõem ao gerontismo. Estes achados corroboram as observações feitas pela Organização Mundial da Saúde¹⁵ de que o apoio social inadequado contribui para o aumento de problemas psicológicos e diminuição na sensação de bem-estar geral.

A família, enquanto apoio informal, também faz parte da interação social, sendo que as relações de apoio entre familiares influenciam na qualidade do envelhecimento¹⁵. Desta forma, a falta de FF também foi considerada como um determinante de AG. Os resultados deste trabalho mostram que, conforme os escores totais de AG aumentaram os de FF diminuíram, e vice-versa. As médias de AG foram menores quando a FF se apresentou preservada. Entretanto, quando os relacionamentos familiares apresentaram algum grau de disfunção, a percepção de preconceito etário aumentou consideravelmente. A família é um grupo natural que desenvolve padrões de relação que guiam o funcionamento interno do sistema familiar e delineiam responsabilidades e comportamentos da cada um dos seus membros, podendo ser percebida como um recurso ou como um fator estressor.^{16,18} Existem famílias funcionais, que harmonizam suas relações de maneira integrada, funcional e afetiva. Entretanto existem as famílias disfuncionais, que priorizam os interesses individuais, onde os vínculos emocionais são superficiais e instáveis e a

assistência às necessidades do grupo não provê satisfatoriamente as necessidades dos seus membros.^{17,18} Idosos querem participar ativamente da vida familiar, entretanto as famílias podem não dar atenção a eles. Cabe destacar que a família favorece a convivência intergeracional e a integração entre gerações é vista como uma maneira de combater o preconceito contra os idosos.²⁹

A correlação entre os escores contínuos de AG, AS e FF deixou claro que quando os idosos experimentam condições familiares de maior funcionalidade e apoio social maior, eles não se sentem tão vitimados pela discriminação etária, experimentando uma velhice mais agradável. A correlação entre as variáveis do *Índice APGAR de Família* mostrou que as unidades que mais contribuíram para a obtenção do escore total de *FF* foram *afetividade* e *companheirismo*, sendo, portanto importantes determinantes para a funcionalidade familiar. Do mesmo modo a correlação das variáveis do *MOS* mostrou que as dimensões que mais contribuíram no escore total de *AS* foram *apoio emocional* e *apoio para informação*, sendo, portanto importantes determinantes de apoio social. Como afirma a Organização Mundial da Saúde (OMS),²⁹ a integração social é a chave para que os idosos se mantenham informados. Os resultados deste estudo mostraram que as relações afetivas mais importantes se dão em nível familiar, enquanto que junto às relações sociais, o que os idosos esperam é amparo cotidiano e integração social. Um estudo que investigou uma população de idosos australianos verificou que o apoio formal desempenha um importante papel na complementação do apoio informal e que ambas formas de apoio social ajudam a manter a qualidade de vida em idosos que enfrentam o declínio da saúde física.³⁰ As relações pessoais e sociais mais próximas e animadoras são fontes de força emocional.¹⁵ Como destaca a OMS,²⁹ a participação em atividades de lazer, culturais e espirituais, tanto na sociedade como na família, permitem que os idosos exerçam sua autonomia e gozem de respeito e estima, estimulando a formação de relacionamentos de apoio e carinho.

O envelhecimento é um processo complexo onde fatores como cultura, etnia, sexo, saúde, bem-estar físico e psicológico, ambiente social, trabalho, educação e renda, dentre outros, determinam a maneira com que as pessoas envelhecem.^{15,29} Assim os idosos entrevistados foram caracterizados mediante um perfil socioeconômico, o qual apresentou padrões semelhantes aos relatados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.¹⁸ Contudo nenhuma das variáveis sociodemográficas exploradas neste estudo interferiu no juízo de preconceito etário

da amostra. Um resultado semelhante foi observado no trabalho de Couto *et al.*,⁶ onde as variáveis *sexo*, *idade* e *escolaridade* não interferiram no resultado do *Ageism Survey*, entretanto o *nível socioeconômico* se mostrou estatisticamente significativo enquanto determinante de gerontóismo.

Este estudo evidencia que o preconceito etário e seus determinantes merecem destaque, uma vez que o crescente envelhecimento demográfico global coloca esta forma de discriminação como tema obrigatório na agenda de todos aqueles interessados em promover uma cidadania ampla e uma sociedade justa para todas as idades.^{7,8,27}

POTENCIALIDADES, LIMITAÇÕES, E PRÓXIMOS PASSOS

O ponto forte deste trabalho foi considerar o apoio social e a funcionalidade familiar como possíveis determinantes na autopercepção de gerontóismo. Entretanto, há de se considerar que os idosos inqueridos não são institucionalizados, pertencem a grupos de convivência e mantêm suas relações sociais ativas, fato que pode ter contribuído para a baixa média de AG. O uso de uma população homogênea em localização geográfica específica pode restringir a generalização dos resultados. Em caso de novas pesquisas envolvendo idosos com relações sociais mais vulneráveis, fica a hipótese de que a AG será maior, afinal os resultados deste estudo apontam para esta condição.

A versão do *Ageism Survey* utilizada neste estudo ainda não foi validada. Contudo, foi submetida a uma adaptação linguística por Couto *et al.*⁶ com o objetivo de torná-lo mais fiel à realidade brasileira. Sobre a utilização desta escala, a opção *não se aplica* foi adotada somente junto às Q6, Q7, Q8, Q14 e Q15, não permitindo verificar se os demais eventos relatados nas outras Q do *Ageism Survey* não fazem parte da realidade da população inquerida. Entretanto as opções *não se aplica* (= 0) e *nunca* (= 1) de Fr foram obrigatoriamente seguidas da atribuição de valor = 0 para Es, não comprometendo o escore final de AG, pois assumiriam valores iguais.

Novas pesquisas envolvendo o gerontóismo e os determinantes AS e FF devem ser realizadas.

CONCLUSÕES

A afetividade familiar e as relações sociais positivas favorecem a sensação de bem-estar na velhice. O fato de os idosos se sentirem amparados interfere na

maneira com que eles percebem a velhice. Quando os idosos experimentam condições familiares de maior funcionalidade e arrimo social maior, eles não se sentem tão vitimados pela discriminação etária, experimentando uma velhice mais aprazível.

REFERÊNCIAS

1. Levy B. Improving memory in old age by implicit self-stereotyping. *J Pers Soc Psychol* 1996;71:1092-10107.
2. Palmore E. The Ageism Survey: First findings. *Gerontologist* 2001;41:572-5.
3. Pinquart M. Good News about the effects of bad old-age stereotypes. *Exp Aging Res* 2002;28:317-336.
4. Cuddy AJC, Norton MI, Fiske ST. This old stereotype: The pervasiveness and persistence of the elderly stereotype. *J Soc Iss* 2005;61:265-283.
5. Nelson TD. Ageism: Prejudice against our feared future self. *J Soc Iss* 2005;61:207-221.
6. Couto MCPP, Koller SH, Novo RF et al. An assessment of the discrimination against older persons in the Brazilian context: Ageism. *Psic Teor Pesq* 2009;25:509-518.
7. North MS, Fiske ST. An inconvenienced youth? Ageism and its potential intergenerational roots. *Psychological Bulletin* (online) 2012. Available at <http://www.fiskelab.org/storage/publications/North%20Fiske%20Psych%20Buletin%202012.pdf> . Accessed November 21, 2012.
8. Goldani AM. "Ageism" in Brazil: What is it? Who does it? What to do with it? *R Bras Est Pop* 2010;27:385-405.
9. Butler RN. Age-ism: Another form of bigotry. *Gerontologist*. 1969;9:243-246.
10. Ferreira-Alves J, Novo RF. Avaliação da discriminação social de pessoas idosas em Portugal. *Int J Clin Health Psycholol* 2006;6:65-77.
11. Palmore E. Research note: Ageism in Canada and the United States. *J Cross-Cult Gerontol* 2004;19:41-46.
12. Salvarezza L. *Psicogeriatría: Teoría y clínica*. Buenos Aires: Paidós; 1993. 221p.
13. Koch-Filho HRK, Koch LFA, Kusma SM et al. A reflection on the ageism in health. *R Gestão & Saúde* 2012;4:404-8.
14. Garcez-Leme LE, Leme MD, Espino DV. Geriatrics in Brazil: A Big Country with Big Opportunities. *J Am Geriatr Soc* 2005; 53:2018-2022.
15. World Health Organization – WHO. *Active ageing: A policy framework*. Geneva: WHO; 2002. 59p.
16. Baptista MN. Desenvolvimento do Inventário de percepção de suporte familiar (IPSF): Estudos psicométricos preliminares. *Psico-USF* 2005;10:11-19.
17. Alvarenga MRM, Oliveira MAC, Domingues MAR et al. Social support networks for elderly patients attended by Family Health teams. *Ciênc Saúde Coletiva* 2011;16:2603-2611.
18. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Cadernos de Atenção Básica, n. 19*. Brasília: DF. 2007. 192p.

19. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Síntese de Indicadores Sociais: Uma análise das condições de vida da população brasileira: 2010. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. 317 p.
20. Chor D, Griep RH, Lopes CS et al. Social network and social support measures from the Pró-Saúde Study: Pre-tests and pilot study. *Cad Saúde Pública* 2001; 17:887-896.
21. Sherbourne CD, Stewart AL. The MOS social support survey. *Soc Sci Med* 1991;32:705-714.
22. Griep HR, Chor D, Faerstein E et al. Validade do constructo de escala de apoio social do *Medical Outcomes Study* adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. *Cad Saúde Pública* 2005; 21:703-714.
23. Smilkstein G. The family APGAR a proposal for a family function test and its use by physicians. *J Fam Pract* 1978; 6:1231-1239.
24. Duarte YAO. Família: Rede de suporte ou fator estressor: a ótica de idosos e cuidadores familiares [Tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem/USP; 2001.196p.
25. Analyses were performed using Statistical Package for the Social Sciences, version 20.0. Chicago: IBM SPSS, Inc.; 2009.
26. Russel-Miller M, Fields EE. Ageism: confronting its effects on services. In: National Organization for Human Services. 2009 NHOS National Conference Proceedings. People in contexts: families, schools, community, and cultures. Portland: Oregon; 2009. p. 40-44.
27. Crawley L. What is ageism? In: McGivern Y, ed. From ageism to age equality: addressing the challenges: Conference Proceedings. Dublin: National Council on Ageing and Older People; 2005. p. 12-15.
28. Levy B, Banaji MR. Implicit ageism. In: Nelson TD, ed. Ageism: stereotyping and prejudice against older persons. Cambridge, MA: MIT Press; 2002. p.49-75.
29. World Health Organization – WHO. Global age-friendly cities: A guide. Geneva: WHO, 2007. 82p.
30. Chan N, Anstey KJ, Windsor TD et al. Disability and depressive symptoms in later life: the stress-buffering role on informal and formal support. *Gerontology*. 2011; 57:180-189. Available at <http://www.karger.com/Article/Pdf/314158> . Accessed November 21, 2012.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O conceito ageísmo é largamente utilizado na literatura internacional, representando a discriminação para com as pessoas que pertencem a um grupo que possui idades cronológicas semelhantes. Assim, o preconceito para com os jovens, adolescentes e crianças também seriam incluídos no ageísmo. O aprofundamento na literatura consultada permitiu sugerir o neologismo gerontoísmo para designar o preconceito etário para com os idosos.

No artigo onde o foco foi o apoio material para acessar aos serviços de saúde, ficou evidente que a maioria dos idosos da amostra pôde contar com este tipo de auxílio. Este estudo ainda apontou o fato de alguns entrevistados só contarem com a ajuda de alguém para irem ao médico e não ao cirurgião-dentista. Entretanto, este acontecimento pode ter origem no desconhecimento das condições bucais e na baixa percepção da necessidade de tratamento odontológico, e não na negativa de apoio por parte de alguém. Assim, mais do que uma forma de auxílio material, o suporte social pode (e deve) contribuir como agente informativo em saúde.

No estudo que enfocou o gerontoísmo enquanto possível barreira no acesso à saúde ficou claro que a baixa ocorrência dos episódios discriminatórios presentes no *Ageism Survey* caracteriza que estas situações não são comuns na cultura local, contudo representam ser estressantes para a maioria dos idosos que experimentaram os fatos. Este achado ressalta a importância de um indicador de estresse junto a este instrumento de pesquisa.

O artigo que discutiu o Apoio Social e a Funcionalidade Familiar como possíveis determinantes de Autopercepção de Gerontoísmo permitiu verificar a existência de eventos discriminatórios junto aos idosos da amostra, tanto em contexto social quanto em saúde. A correlação entre os escores médios de Apoio Social, Funcionalidade Familiar e Autopercepção de Gerontoísmo indicaram que os idosos que possuem condições familiares de maior funcionalidade e apoio social maior, não se sentem tão vitimados pela discriminação etária, experimentando uma velhice mais aprazível. Estas observações cumpriram o propósito geral do estudo.

Os resultados que compõem esta tese podem servir de base científica para estimular reflexões e discussões sobre o gerontoísmo nas esferas acadêmica e de gestão pública brasileira, tanto na área de serviços sociais como de saúde e de

direito. Mediante a compreensão desta forma de discriminação, políticas públicas podem ser desenvolvidas e direcionadas no intuito de reduzir riscos e prevenir as iniquidades sociais na população de idosos.

REFERÊNCIAS

- ALVARENGA, M.R.M. et al. Social support networks for elderly patients attended by Family Health teams. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.5, p.2603-2611, 2011.
- BAPTISTA, M.N. Desenvolvimento do Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF): estudos psicométricos preliminares. **Psico USF**, Bragança Paulista, v.10, n.1, p.11-19, 2005.
- BISSOLI, P.G.M.; CACHIONI, M. Educação gerontológica: breve intervenção em Centro de Convivência-dia e seus impactos nos profissionais. **R. Kairós Gerontologia**, São Paulo, v.14, n.4, p.143-164, 2011.
- BRASIL. Portaria MS/GM N°2.528. Política nacional de saúde da pessoa idosa. **Diário Oficial da União**, Brasília, Seção 1, p.142, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Cadernos de Atenção Básica, n. 19. Brasília: DF. 2007. 192 p.
- BUTLER, R.N. Age-ism: another form of bigotry. **Gerontologist**, Washington, v.9, n.4, p.243-246, 1969.
- CACHIONI, M.; NERI, A.L. Educação e gerontologia: desafios e oportunidades. **R. Brasil. Ciênc. Envelhecimento Hum.**, São Paulo, v.1, n.1, p.99-115, 2004.
- CACHIONI, M. Gerontologia, gerontologia social, geriatria. In: NERI, A.L. (Org.). **Palavras-Chave em Gerontologia**. Campinas: Alínea, 2008. p.95-103.
- CACHIONI, M.; AGUILAR, L.E. Crenças em relação à velhice entre alunos da graduação, funcionários e coordenadores-professores envolvidos com as demandas da velhice em Universidades brasileiras. **R. Kairós Gerontologia**, São Paulo, v.11, n.2, p.95-119, 2008.
- CAMARANO, A.A. Envelhecimento da população brasileira: problema para quem? **Bahia Análise e Dados**, Salvador, n.4, p.36-48. 2001.
- CENTRE FOR POLICY ON AGEING (CPA). **Ageism and age discrimination in secondary health care in the United Kingdom: a review from the literature**. London, CPA, 2009. 73p.
- CHAN N. et al. Disability and depressive symptoms in later life: the stress-buffering role on informal and formal support. **Gerontology**, Innsbruck, v.57, n.2, p.180-189, 2011. Disponível em:<<http://www.karger.com/Article/Pdf/314158>> Acesso em: 21 nov. 2012.

CHOR, D. et al. Social network and social support measures from the Pró-Saúde Study: pre-tests and pilot study. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.17, n.4, p.887-896, 2001.

CONFEDERACIÓN ESPANOLA DE ORGANIZACIONES DE MAYORES (CEOM). La discriminación sanitaria de las personas mayores: proyecto de ponencia N2. In: VII CONGRESO NACIONAL DE ORGANIZACIONES DE MAYORES. Madrid: 24-25, octubre, 2005. Disponível em: <<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/ceoma-discriminacionsanitaria-01.pdf>> Acesso em: 02 jun. 2012.

COSTA, M.E.S. Aspectos biopsicossociais da velhice. In: Costa, M.E.S. **Gerontodrama: a velhice em cena: estudos clínicos e psicodramáticos sobre o envelhecimento e a terceira idade**. São Paulo: Agora, 1998. p.39-54.

COUTO, M.C.P.P. et al. Avaliação de discriminação contra idosos em contexto brasileiro: ageísmo. **Psicol. Teor. Pesq.**, São Paulo, v.25, n.4, p.509-518, 2009.

CRAWLEY, L. What is ageism? In: McGIVERN, Y (Ed.). **From ageism to age equality: addressing the challenges**: Conference Proceedings. Dublin: National Council on Ageing and Older People, 2005, p. 12-15.

CUDDY, A.J.C.; NORTON, M.I.; FISKE, S.T. This old stereotype: the pervasiveness and persistence of the elderly stereotype. **J. Soc. Iss.**, Malden, v.61, n.2, p.265-283, 2005.

DIOGO, M.J.D. Formação de recursos humanos na área de saúde do idoso. **R. Latino-Am. Enferm.**, Ribeirão Preto, v.12, n.2, p.280-282. 2004.

DUARTE, Y.A.O. **Família: rede de suporte ou fator estressor: a ótica de idosos e cuidadores familiares**. 2001. 196 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

FERRAZ, A.F.; PEIXOTO, M.R.B. Qualidade de vida na velhice: estudo em uma instituição pública de recreação para idosos. **R. Esc. Enferm. - USP**, São Paulo, v.31, n.2, p.316-338, 1997.

FERREIRA-ALVES, J.; NOVO, R.F. Avaliação da discriminação social de pessoas idosas em Portugal. **Int. J. Clin. Health Psychol.**, Granada, v.6, n.1, p.65-77. 2006.

FIAMINGHI, D.L. et al. Odontogeriatría: a importância da auto-estima na qualidade de vida do idoso. Relato de Caso. **R. Clín. Pesq. Odontol.**, Curitiba, v.1, n.2, p.37-40, 2004.

FILIZZOLA, M. **A velhice no Brasil: etarismo e civilização**. Rio de Janeiro: Companhia das Artes Gráficas, 1990. 485 p.

FONTES, A.P. Estresse. In: NERI, A.L. (Org.). **Palavras-chave em Gerontologia**. Campinas: Alínea, 2008. p.78-81.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO (FPA). **Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade**. NERI, A.L. (Org). São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2007. 288 p.

GARCEZ-LEME, L.E.; LEME, M.D.; ESPINO, D.V. Geriatrics in Brazil: A Big Country with Big Opportunities. **J. Am. Geriatr. Soc.**, Los Angeles, v.53, n.11, p.2018-2022, 2005

GOLDANI, A.M. Desafios do “preconceito etário” no Brasil. **Educ. Soc.**, Campinas, v.31, n.111, p.411-434, 2010.

GOLDANI, A.M. Ageism in Brazil: What is it? Who does it? What to do with it? **R. Bras. Est. Popul.**, São Paulo, v. 27, n.2, p.385-405, 2010.

GOMES, M.A.S.; LESSA, J.; SÁ, R.N. O papel do idoso nas dinâmicas sociais de realização do ser-no-mundo-com-o-outro. **R. Transdiscip. Gerontol.**, Florianópolis, v.1, n.1, p.7-12, 2006/2007.

GRIEP, H.R. et al. Validade de constructo de escala de apoio social do *Medical Outcomes Study* adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.3, p.703-714, 2005.

GUERRA, A.C.L.C.; CALDAS, C.P. dificuldades e recompensas no processo de envelhecimento: a percepção do sujeito idoso. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.6, p.2931-2940, 2010.

HAIKAL, D.A.S. et al. Autopercepção da saúde bucal e impacto na qualidade de vida do idoso: uma abordagem quanti-qualitativa. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.7, p.3317-3329, 2011.

HENRIQUES, C. et al. Autopercepção das condições de saúde bucal de idosos do município de Araraquara, SP. **Ci. Odontol. Brasil.**, São José dos Campos, v.10, n.3, p. 67-73, 2007.

IBM. SPSS. **Statistical Sackage for the Social Sciences, versão 20.0**. Chicago: IBM SPSS, Inc., 2009.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000**. Rio de Janeiro: IBGE, Departamento de População e Indicadores Sociais, 2002. 97p.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições brasileiras: 2008**. Rio de Janeiro: IBGE, 2008. 280p.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. 317 p.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Projeção de população do Brasil**. Comunicação Social, novembro, 2008. Disponível

em:<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_impressao.php?id_noticia=1272> Acesso em: 02 jun. 2012.

INTERNATIONAL LONGEVITY CENTER-USA (ILC-USA). **Ageism in America**. New York, ILC-USA Ltda, 2006. Disponível em:<http://www.mailman.columbia.edu/sites/default/files/Ageism_in_America.pdf> Acesso em: 02 jun. 2012.

KIYAK, H.A. Age and culture: influences on oral health behavior. **Int.Dent. J.**, London, v.32, n.1, p.9-16, 1993.

KOCH-FILHO, H.R.; BISINELLI, J.C. Abordagem de famílias com idosos. In: MOYSÉS, S.T.; KRIGER, L.; MOYSÉS, S.J. (Org.). **Saúde bucal das famílias: trabalhando com evidências**. São Paulo: Artes Médicas, 2008. p.236-245.

KOCH-FILHO, H.R.K. et al. Envelhecimento humano e ancianismo: revisão. **R. Clín. Pesq. Odontol.**, Curitiba, v.6, n.2, p.155-160, 2010.

KOCH-FILHO, H.R.K. et al. Uma reflexão sobre o preconceito etário na saúde. **R. Gestão & Saúde**, Brasília, v.4, n.2, p.40-49, 2012.

LEI Nº11.340, de 7 de ago. de 2006. **Lei Maria da Penha**. Cria Mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Disponível em:<<http://www.presidencia.gov.br>>. Acesso em: 10 out. 2008.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A.M.C. Promoção de saúde e as fases da vida. In:_____. (Org.). **Promoção de saúde: a negação da negação**. Rio de Janeiro: Vieira & Lent, 2004. p.91-115.

LEME, L.E.G. A Gerontologia e o problema do envelhecimento: visão histórica. In: PAPALÉO NETTO, M (Org.). **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 2005. p.13-25.

LEVY, B. Improving memory in old age by implicit self-stereotyping. **J. Pers. Soc. Psychol.**, Washington, v.71, n.6, p.1092-1107, 1996.

LEVY, B.; BANAJI, M.R. Implicit ageism. In: NELSON, T.D (Ed.). **Ageism: stereotyping and prejudice against older persons**. Cambridge, MA: MIT Press, 2002. p. 49-75.

LEVY, B.R. et al. Longevity by positive self-perceptions of aging. **J. Pers. Soc. Psychol.**, Washington, v.83, n.2, p.261-270, 2002.

LIMA-COSTA, M.F.L. et al. Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.745-757, 2003.

LINCK, C.L. et al. A inserção do idoso no contexto da pós-modernidade. **Ci. Cuidado Saúde**, Maringá, v.8, sup, p.130-135. 2009.

LOPES, R.G.C. Imagem e auto-imagem: da homogeneidade da velhice para a heterogeneidade das vivências. In: NÉRI, A.L. (Org.). **Idosos no Brasil: vivências**,

desafios e expectativas na terceira idade. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, Edições SESC SP, 2007. p.141-152.

LOUVISON, M.C.P. et al. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo: uma análise de gênero e renda. **Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.5, n.24, p.189-194, 2008.

LOUVISON, M.C.P. et al. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. **R. Saúde Pública**, São Paulo, v.42, n.4, p.733-740, 2008.

MANUILA, L. et al. **Dicionário médico**. 3.ed. Lisboa: Climepsi Editores, 2003. 863p.

MARTINI, A.M. et al. **Structure and functionality os families with adolescents in hemodialitic treatment.** Disponível em:<<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2n2a04.htm>> Acesso em: 21 Nov 2012.

MARTINS. A. Envelhecimento, sociedade e cidadania. **R. Transdiscip. Gerontol.**, Florianópolis, v.1, n.1, p.77-78, 2006/2007.

MARTINS, A.M.E.B.L.; BARRETO, S.M.; PORDEUS, I.A. Auto-avaliação de saúde bucal em idosos: análise com base em um modelo multidimensional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.2, p.421-435, 2009.

MARTINS, R.M.L.; RODRIGUES, M.L.M. Estereótipos sobre idosos: uma representação social gerontofóbica. **Millenium - Revista do Instituto Superior Politécnico Viseu**, Florianópolis, v.29, p.249-254, 2004.

MATSUKURA, T.S.; MARTURANO, E.M.; OISHI, J. O Questionário de Suporte Social (SSQ): estudos da adaptação para o português. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.10, n.5, p.675-681, 2002.

MENDES, R.S.S.B. et al. A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v.18, n.4, p.422-426. 2005.

MERCADANTE, E.F. Algumas reflexões sobre o lugar social da velhice e do velho. In: SÃO PAULO. Secretaria da Saúde. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde - CODEPPS. **Violência doméstica contra a pessoa idosa: orientações gerais**. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde, 2007. p.16-17.

MOTTA, L.B.; AGUIAR, A.C. Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.2, p.363-372, 2007.

NELSON, T.D. Ageism: prejudice against our feared future self. **J. Soc. Iss.**, Malden, v.61, n.2, p.207-221, 2005.

NERI, A.L. Atitudes e preconceitos em relação à velhice. In: NERI, A.L (Org.). **Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na Terceira Idade**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, Edições SESC SP. 2007. p.33-46.

NERI, A.L. Atitudes em relação à velhice. In: NERI, A.L. (Org.). **Palavras-Chave em Gerontologia**. Campinas: Alínea, 2008. p.13-15.

NERI, A.L.; CACHIONI, M.; RESENDE, M. Atitudes em relação à velhice. In: FREITAS, E.V.S. et al. (Org.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p.972-980.

NERI, A.A.; JORGE, M.D. Atitudes e conhecimentos em relação à velhice em estudantes de graduação em educação e em saúde: subsídios ao planejamento curricular. **Est. Psicol.**, Campinas, v.23, n.2, p.127-137, 2006.

NORTH, M.S.; FISKE, S.T. An inconvenienced youth? **Ageism and its potential intergenerational roots**. Disponível em: <<http://www.fiskelab.org/storage/publications/North%20Fiske%20Psych%20Buletin%202012.pdf>> Acesso em: 21 nov. 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde / tradução Suzana Gontijo. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 60 p.

PALMORE, E. The Ageism survey: first findings. **Gerontologist**, Washington, v.41, n.5, p.572-575, 2001.

PALMORE, E. Research note: ageism in Canada and the United States. **J. Cross-Cult. Gerontol.**, New York, v.19, n.1, p.41-46, 2004.

PASCHOAL, S.M.P. Envelhecer com dignidade, um direito humano fundamental. In: SÃO PAULO. Secretaria da Saúde. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde- CODEPPS. **Violência doméstica contra a pessoa idosa**: orientações gerais. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde, 2007. p.13-15.

PAVARINI, S.C.I. et al. A arte de cuidar do idoso: Gerontologia como profissão? **Texto & Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.14, n.3, p.398-402, 2005.

PEREIRA, M.E. **Psicologia social dos estereótipos**. São Paulo: EPU, 2002. 202p.

PINTO, J.L.G.; GARCIA, A.C.O; BOCCHI, S.C.M.; CARVALHARES, M.A.B.L. Características do apoio social oferecido e idosos de área rural assistida pelo PSF. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n.3, p.753-764. 2006.

PINQUART, M. Good News about the effects of bad old-age stereotypes. **Experimenttal Aging Research**, v.28, n.3; p.317-336, 2002.

RAMOS, M.P. Apoio social e saúde entre idosos. **Sociologias**, Porto Alegre, v.4, n.7, p.156-175, 2002.

RAMOS, L.R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.793-798, 2003.

RIBEIRO, A.P.F. **Imagem da velhice em profissionais que trabalham com idosos: enfermeiros, médicos e técnicos de serviço social**. 208 f. Dissertação (Mestrado em Geriatria e Gerontologia) – Seção Autônoma de Ciências da Saúde, Universidade de Aveiro, Aveiro, 2007.

ROVIRA, E.R. Salud y personas mayores: la discriminación sanitaria del mayor. **Cantabria Acad.**, Santander, n.194, 2004. 68p.

ROWE, J.W.; KAHN, R.L. Human aging: usual and successful. **Science**, Washington, v.237, n.4811, p.143-149, 1987.

RUSSEL-MILLER, M.; FIELDS, E.E. Ageism: confronting its effects on services. In: NATIONAL ORGANIZATION FOR HUMAN SERVICES (NHOS). National Conference Proceedings. **People in contexts: families, schools, community, and cultures**. Portland: Oregon, 2009. p. 40-44.

SALVAREZZA, L. **Psicogeriatría: teoría y clínica**. Buenos Aires: Paidós, 1993. 221p.

SANTOS, S.S.C. O ensino da enfermagem gerontogeriátrica e a complexidade. **R. Esc. Enferm. - USP**, São Paulo, v.40, n.2, p.228-235, 2006.

SANTOS, J.S.; BARROS, M.D.A. Idosos do município do Recife, Estado de Pernambuco, Brasil: uma análise da morbimortalidade hospitalar. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.17, n.3, p.177-186, 2008.

SANTOS G.A.; LOPES, A.; NERI, A.A. Escolaridade, raça e etnia: elementos de exclusão social de idosos. In: NERI, A.L. (Org.). **Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na Terceira Idade**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, Edições SESC SP, 2007. p.65-80.

SCHROOTS J.J.F. Ageism in Science: Fair-play between generations. In: Federation of All European Academies (ALLEA). **Annual Report: 2003**. Amsterdam, ALLEA, 2003. P.29-37.

SHERBOURNE, C.D.; STEWART, A.L. The MOS social support survey. **Social Science and Medicine**, v.32, n.6, p.705-714, 1991.

SILVA, H.O.; CARVALHO, M.J.A.D.; LIMA, F.E.L.; RODRIGUES, L.V. Perfil epidemiológico de idosos frequentadores de grupos de convivência no município de Iguatu, Ceará. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.123-133, 2011.

SIQUEIRA, J.E. Atenção médica aos pacientes idosos. **Mundo Saúde**, São Paulo, v.34, n.4, p.466-474, 2010.

SMILKSTEIN, G. The family APGAR a proposal for a Family function test and its use by physicians. **J. Fam. Pract.**, New York, v.6, n.6, p.1231-1239. 1978.

TIN, E. **Odontogeriatría: imperativo no ensino odontológico diante do novo perfil demográfico brasileiro**. Campinas: Alínea, 2001. 86p.

VASCONCELOS, L.C.A. et al. Autopercepção da saúde bucal de idosos de um município de médio porte do Nordeste brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.28, n.6, p.1101-1110, 2012.

VERAS, R.P. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão de literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.705-715, 2003.

VERAS, R.P.; CALDAS, C.P. Promovendo a saúde e a cidadania do idoso: o movimento das Universidades da Terceira Idade. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.9, n.2, p.423-432, 2004.

VIANA, A.A.F.; GOMES, M.J.; CARVALHO, R.B.; OLIVEIRA, E.R.A. Acessibilidade dos idosos brasileiros aos serviços odontológicos. **RFO**, Passo Fundo, v.15, n.3, p.317-322, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Active ageing: a policy framework**. Geneva: WHO, 2002. 59 p.

_____. **Global age-friendly cities: a guide**. Geneva: WHO, 2007. 82 p.

WIRTH, R.; SIEBER, C.C. Health care professionals underestimate the mean life expectancy of older people. **Gerontology**, Innsbruck, v.58, n.1, p.56-59, 2012.

GLOSSÁRIO

AGEÍSMO - conceito anglo-saxônico que explicita a discriminação social de pessoas com base na idade cronológica, o qual pode ser traduzido como idadismo, etarismo ou etarismo. É uma forma de preconceito etário (BUTLER, 1969; PALMORE, 2001).

ANCIANISMO – discriminação sistemática que ataca especificamente o grupo de pessoas idosas. Pode assumir o termo velhismo (*viejismo*) ou gerontoísmo (SALVAREZZA, 1993; FERREIRA-ALVES & NOVO, 2006; KOCH-FILHO et al., 2012)

APOIO SOCIAL – grau com que as relações interpessoais respondem a determinadas necessidades, segundo o nível de satisfação de um indivíduo. É a experiência individual em ter disponível alguma forma de amparo mediante amigos e familiares, que leve o indivíduo a crer que é amado, querido e estimado e que faz parte de uma rede de compromissos mútuos, incentivando o sentimento de pertença (CHOR et al., 2001; GOMES et al., 2006/2007).

ATITUDE – predisposição aprendida e relativamente estável que determina um comportamento diante de um objeto. As atitudes se organizam em sistemas de caráter distintivo que avaliam e orientam as ações. Compreendem três componentes: cognitivo, emocional e tendência à ação (CACHIONI & AGUILAR, 2008; NERI, 2008).

CRENÇA – componente cognitivo compartilhado com outras pessoas que possibilita ao indivíduo organizar e hierarquizar as informações recebidas, auxiliando na percepção sobre o mundo externo e sobre si mesmo (CACHIONI & AGUILAR, 2008).

DISCRIMINAÇÃO – tratar alguém de uma forma diferente. Comportamento manifesto, geralmente apresentado por uma pessoa preconceituosa, que se exprime por meio da adoção de padrões de preferência em relação aos membros do próprio grupo e/ou de rejeição em relação aos membros dos grupos externos (PEREIRA, 2002).

ENVELHECIMENTO – processo natural marcado por constantes transformações morfofisiológicas de origem interna, caracterizado pela gradativa perda do equilíbrio de preservação da homeostasia frente a situações de sobrecarga funcional (KOCH-FILHO & BISINELLI, 2008).

ENVELHECIMENTO ATIVO – *“processo de otimização de oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida das pessoas na medida em que elas envelhecem”* (WHO, 2002).

ESTEREÓTIPO – modelo, símbolo ou exemplar (NERI, 2007).

ESTRESSE – tensão e distúrbio fisiológico e/ou emocional cuja origem é a interação específica entre o indivíduo e uma circunstância adversa (FONTES, 2008).

FAMÍLIA – *“comunidade formada por indivíduos que são ou se consideram aparentados, unidos por laços naturais, por afinidade ou por vontade expressa”* (ref).

BRASIL, Lei Nº11.340, artigo 5º parágrafo II.

FUNCIONALIDADE FAMILIAR - dinâmica de funcionamento da família frente às necessidades de seus membros (BRASIL, 2007).

GERONTOÍSMO – neologismo que se refere à forma de preconceito e discriminação para com a pessoa ou grupo de pessoas tendo como referência o fato de serem idosas (KOCH-FILHO et al., 2012).

GERONTOLOGIA – Ciência que envolve um intercâmbio de idéias e dados, sob enfoque multi e interdisciplinar, fundamentado na Biologia, Medicina, Ciências Sociais e Psicologia, onde o campo de estudo é o envelhecimento humano e como este processo interfere nas pessoas (CACHIONI, 2008).

IDOSO – indivíduo com muita idade, aquele com idade cronológica \geq 60 anos (BRASIL, 2006).

PRECONCEITO – Os preconceitos são reflexos de processos cognitivos de supergeneralização e de supersimplificação (NERI, 2008).

RACISMO – forma de preconceito e discriminação para com a pessoa ou grupo de pessoas tendo como referência a raça ou etnia (PALMORE, 2001; PALMORE, 2004).

REDES SOCIAIS – (*networks*), representam os encadeamentos de relações sociais que rodeiam o indivíduo (Ex.: disponibilidade e frequência de contatos com amigos e parentes), ou os grupos de pessoas que mantêm contato ou alguma forma de participação social (CHOR et al., 2001).

SENESCÊNCIA – envelhecimento normal, livre de doenças; condição de quem envelhece, com alterações morfofisiológicas normais (KOCH-FILHO & BISINELLI, 2008).

SENILIDADE – envelhecimento patológico, acompanhado de doenças (KOCH-FILHO & BISINELLI, 2008).

SEXISMO – forma de preconceito e discriminação para com a pessoa ou grupo de pessoas tendo como referência o sexo ou gênero (PALMORE, 2001; PALMORE, 2004).

VELHICE – etapa natural da vida. Conceito historicamente construído, socioculturalmente determinado e que se caracteriza por estar em oposição à juventude (COSTA, 1998; LEFEVRE & LEFEVRE, 2004; PASCHOAL, 2007; BRASIL, 2007).

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, nacionalidade _____, idade _____ anos, estado civil _____, endereço _____, profissão _____, estou sendo convidado(a) a participar de um

estudo denominado **AUTOPERCEÇÃO DE ANCIANISMO SEGUNDO O SUPORTE FAMILIAR E O APOIO SOCIAL**, cujo *objetivo* é o de *investigar qual é o impacto que o suporte familiar e o apoio social exercem sobre a autopercepção de ancianismo* (preconceito para com o idoso devido à idade) em idosos participantes de grupos de convivência ofertados pela Fundação de Ação Social (FAS). O estudo apresenta como justificativa a *hipótese* de que *alguns determinantes sociais possam estar associados à autopercepção de ancianismo*.

Sei que a minha *participação* no referido estudo será no sentido de *responder* aos seguintes *questionários*: a) Questionário sobre o perfil sociodemográfico (18 questões); b) Um questionário sobre a experiência vivida de preconceito etário (20 questões), chamado "The Ageism Survey"; c) Um questionário que visa verificar o suporte familiar denominado de APGAR (Adaptação, Companheirismo, Desenvolvimento, Afetividade, Capacidade Resolutiva) de Família (05 questões), e; d) Um questionário que pretende verificar o apoio social recebido no cotidiano (19 questões); sendo o total de **62 questões**.

Fui alertado(a) de que o maior *benefício* desta pesquisa é *agrupar dados* que venham a identificar se os *condicionantes familiares e sociais interferem na autopercepção de preconceito para com a idade*, e; uma vez detectada esta situação, possibilitar a discussão e tentar viabilizar a apresentação de propostas para possíveis mudanças que auxiliem na promoção do envelhecimento *saudável*.

Recebi, por outro lado, os *esclarecimentos necessários* de que ao responder a algumas perguntas dos questionários, poderei me sentir embaraçado(a) e/ou me sentir emocionalmente desconfortável, sendo estes os únicos riscos e desconfortos previstos à participação neste estudo.

Sei também que, por se tratar de uma pesquisa, quaisquer resultados, sejam positivos ou negativos, somente serão obtidos após à realização do trabalho.

Estou ciente de que minha *privacidade* será *respeitada*, ou seja, meu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, me identificar, será mantido em sigilo.

Também fui informado(a) de que posso me recusar a participar do estudo, ou retirar meu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar.

Sei que os pesquisadores responsáveis pelo referido projeto são Herbert Rubens Koch Filho, Luciana Reis Azevedo Alanis e Simone Tetu Moysés, e se eu quiser obter respostas ou esclarecimentos de assuntos relacionados à minha participação na pesquisa poderei manter contato pelo telefone (041) 3271-1637 (Secretaria do PPGO), ou pelo e-mail: revisork@hotmail.com

Assim eu, _____, certifico que fui devidamente *esclarecido(a)* pelo(a) pesquisador(a) aplicador(a) abaixo identificado(a) quanto ao teor de tudo o aqui está mencionado. Também certifico que, tendo *compreendido a natureza e o objetivo desta pesquisa*, manifesto meu *livre consentimento em participar*, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação. Desta forma autorizo minha *livre participação* conforme exposto acima, desde que as informações advindas de minhas respostas nos questionários aplicados sejam divulgadas em meio científico - (a) Publicação em Livros e Revistas Científicas; b) Exposição em Congressos Científicos; c) Para compor Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC) de Universidades, e; d) Para compor material didático a ser exibido em *salas de aulas*.

Curitiba, _____ de _____ de 20 _____

Assinatura do participante

Nome do Pesquisador(a) - Aplicador(a)

Assinatura do pesquisador

Em caso de reclamação ou qualquer tipo de denúncia sobre este estudo devo ligar para o Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (CEP PUCPR) (41) 3271-2292 ou mandar um email para cep@pucpr.br

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO PARA A PARTICIPAÇÃO ACADÊMICA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - PARTICIPAÇÃO ACADÊMICA -

Eu _____, idade _____ anos, estudante de graduação do Curso de _____ da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, estou sendo convidado (a) a participar de um estudo intitulado **AUTOPERCEPÇÃO DE ANCIANISMO SEGUNDO O SUPORTE FAMILIAR E O APOIO SOCIAL**, cujo objetivo é o de investigar qual é o impacto que o suporte familiar e o apoio social exercem sobre a autopercepção de ancianismo em idosos participantes de Grupos de Convivência (GC) organizados pelos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS), ofertados pela Fundação de Ação Social (FAS) da Prefeitura Municipal de Curitiba (PMC).

Sei que o estudo tem como justificativa a hipótese de que alguns determinantes sociais podem estar associados à autopercepção de ancianismo.

Compreendo que os pesquisadores responsáveis por este estudo são: a) professor **Herbert Rubens Koch Filho** (aluno do Programa de Doutorado – PPGO/PUCPR); b) professora Doutora **Luciana Reis Azevedo Alanis** (orientadora), e; c) professora Doutora **Simone Tetu Moysés** (co-orientadora e coordenadora da Área de Concentração em Saúde Coletiva).

Estou de acordo de que o Grupo de Pesquisa terá três (03) supervisores de coleta: a) **Herbert Rubens Koch Filho**; b) a professora do Curso de Medicina da PUCPR, Doutora **Solena Ziemer Kusma**, e; c) a Cirurgiã-Dentista da Prefeitura Municipal de Curitiba, Mestre **Luiza Foltran de Azevedo Koch**; os quais também poderão atuar ativamente na coleta dos dados.

Sei que um modelo do presente termo configura o anexo do **INSTRUMENTO PARTICULAR DE COMPROMISSO DE PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA**.

Mediante o **INSTRUMENTO PARTICULAR DE COMPROMISSO DE PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA** me foi comunicado, dentre outras: a) as características e objetivos da pesquisa; b) sobre os critérios de inclusão e de exclusão; c) sobre os riscos e benefícios; d) sobre as autorizações acadêmicas e institucionais; e) sobre os instrumentos da pesquisa, f) sobre o método de coleta a ser empregado; g) sobre o direito à privacidade e caráter voluntário da participação dos respondentes; h) sobre os aspectos éticos inerentes ao Projeto de Pesquisa aqui referido; i) sobre os limites da minha participação na pesquisa, e; k) as responsabilidades e vantagens oriundas da minha livre participação.

Também recebi os esclarecimentos necessários de que ao aplicar algumas perguntas dos questionários poderei sentir-me embaraçado (a) e/ou emocionalmente desconfortável, sendo estes os únicos riscos e desconfortos previstos à minha participação neste estudo. Sei também que, por se tratar de uma pesquisa, quaisquer resultados, sejam positivos ou negativos, somente serão conhecidos após a realização do trabalho. Sei que meu nome configura neste instrumento e que doravante serei denominado (a) **pesquisador (a) componente do Grupo de Coleta de Dados (GCD)**, ou **Pesquisador (a) Aplicador (a)**.

Ainda declaro saber que as atividades de coleta deverão obedecer ao Cronograma estipulado pela **Diretoria de Proteção Social Básica**, ficando determinado o período compreendido entre os dias **09/01/2012** e **08/05/2012**, configurando o total de quatro (04) meses, ou seja, cento e vinte (120) dias.

Estou ciente de minhas responsabilidades como pesquisador (a) aplicador (a) componente do GCD. Sei do meu compromisso no resguardo da **garantia de sigilo de identificação e de privacidade dos sujeitos da pesquisa** recrutados, sendo que uma das medidas para que isto ocorra é a não numeração do TCLE a ser apresentado e assinado por eles. Também me comprometo com o **sigilo de identificação dos locais e unidades** onde a coleta de dados se dará. Também estou ciente que os (as) respondentes poderão se recusar ou retirar suas autorizações de participação a qualquer momento sem precisar se justificar e sei que haja qualquer tipo de represália a eles (as).

Aplicarei somente os instrumentos que compõem o Projeto de Pesquisa aqui mencionado e não realizarei nenhuma outra atividade que não esteja prevista neste documento.

Ficarei responsável pelos "Kits" de coleta a mim confiados, os quais serão numerados e já estarão assinados pelos pesquisadores responsáveis. Assumo o compromisso de devolver estes "Kits", preenchidos ou não, sendo que aqueles que forem rasurados e/ou tiverem suas autorizações canceladas, serão previamente marcados (identificados) e também devolvidos até a seguinte data: **08/05/2012**. Fico responsável por aplicar os instrumentos (questionários) que constam dos "Kits" de pesquisa junto aos idosos, distribuídos em um ou mais GC segundo seus Núcleo (s) / Regional (ais), após agendamento prévio, respeitando os dias, locais e horários de funcionamento dos mesmos.

Para realizar a coleta me identificarei ao (à) coordenador (a) do (s) CRAS e/ou do (s) GC mediante a Carta de Apresentação, documento pessoal com foto e carteirinha da PUCPR.

O preenchimento do meu nome e minha rubrica junto à linha destinada ao **Nome do Pesquisador (a) – Aplicador (a)**, que consta do TCLE a ser firmado pelo (s) indivíduo (s) respondente (s) garantirá minha identificação junto a este (s) participante (s).

Assumo ainda a responsabilidade de manter os supervisores de coleta e/ou os pesquisadores responsáveis informados sobre o andamento das coletas, bem como de atuar somente nos locais autorizados pela **Diretoria de Proteção Social Básica** da FAS/PMC.

Sei e respeito o fato de que a **base de dados** pertence aos pesquisadores responsáveis. Estou ciente de que minha participação não me dá direito à co-autoria no trabalho desenvolvido. Assim, de maneira a formalizar a minha participação voluntária abaixo assino,

Nome:
R.G.:

Curitiba, _____ de _____ de 2.012.

Herbert Rubens Koch Filho – Pesquisador Responsável

Em caso de reclamação ou qualquer tipo de denúncia sobre este estudo devo procurar a Coordenação do PPGO/Saúde Coletiva – Simone Tetu Moysés (e-mail para: simone.moyses@pucpr.br)

APÊNDICE C – MATERIAL E MÉTODO DETALHADO

Padrões Éticos

O presente estudo obteve parecer favorável para sua realização junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (CEP/PUCPR) sob N° 005112/11. O trabalho também conseguiu Parecer Técnico Favorável da Fundação de Ação Social da Prefeitura Municipal de Curitiba (FAS/PMC) em novembro de 2011. Todos os participantes manifestaram estar devidamente informados sobre a natureza da pesquisa e consentiram a livre participação mediante a assinatura de um documento (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE) que foi precedido de leitura e esclarecimentos. Todos os questionários foram aplicados na presença de autoridades municipais objetivando a segurança dos respondentes e a garantia de veracidade das respostas. O presente estudo ainda respeitou o direito a sigilo dos indivíduos e das Regionais Administrativas (RA) pesquisadas.

Participantes

A amostra foi recrutada junto aos Grupos de Convivência (GC) para idosos supervisionados pelas 9 RA pertencentes à FAS/PMC, Estado do Paraná (PR), Brasil. Atualmente a cidade de Curitiba conta com 173 GC. Cada GC possui, em média, 25 participantes, perfazendo um total de 4.325 idosos, distribuídos pelas RA conforme demonstrado na tabela 1.

TABELA 1: Total de idosos segundo os R com GC e GC

RA	GC	Idosos (n)
1	28	700
2	28	700
3	12	300
4	23	575
5	18	450
6	14	350
7	19	475
8	15	375
9	16	400

TOTAL	173	4325
--------------	-----	-------------

FONTE: FAS, disponível em: <<http://www.fas.curitiba.pr.gov.br/conteudo.aspx?idf=200>>. Acessado em: 25 Set 2010.

A amostra probabilística teve seu dimensionamento, segundo o número total de indivíduos (n=4.325), arranjado com base no método de amostragem das proporções, considerando um nível de confiança de 95% e margem de erro máxima de 5%, admitindo uma percentagem de casos favoráveis de aproximadamente p= 50%. O sorteio dos idosos que responderam às entrevistas foi feita de maneira sistemática a partir de uma listagem fornecida pelas RA. Assim, foram selecionados 376 idosos cuja distribuição foi feita de forma proporcional junto às 9 RA utilizando a técnica da amostragem estratificada. A seguir a tabela 2 apresenta a amostra prevista para cada RA e o número de entrevistados.

TABELA 2: Distribuição proporcional da amostra de idosos segundo as 9 Regionais da cidade de Curitiba – PR

RA	Número de Idosos em GC	Amostra prevista (n)	Idosos entrevistados
1	700	57	63
2	700	57	57
3	300	24	29
4	575	47	47
5	450	37	37
6	350	29	36
7	475	39	40
8	375	31	34
9	400	33	33
TOTAL	4325	353	376

FONTE: FAS, disponível em: <<http://www.fas.curitiba.pr.gov.br/conteudo.aspx?idf=200>>. Acessado em: 25 Set 2010.

Crerios de Inclusão e exclusão

O principal critério de inclusão foi relacionado à idade cronológica, sendo que os participantes deveriam ter idade igual ou superior a 60 anos. Não participaram deste estudo as pessoas com dependência física e/ou condição mental incapacitante; pessoas que não residiam em Curitiba; bem como cidadãos que não

eram frequentadores de um dos GC/FAS/PMC. O fato de desenvolver as atividades promovidas pelos GC pressupôs que os idosos possuíam condições de saúde física e mental satisfatórias. As pessoas com idades abaixo de 60 anos, mas que pertenciam a um GC/FAS/PMC, não foram impedidas de responder à pesquisa, de modo a preservar a boa convivência entre os participantes, evitando que estes indivíduos se sentissem excluídos de seus grupos, entretanto os dados obtidos junto a elas não foram submetidos à análise (Quadro 1).

QUADRO 1: Questionários não válidos respondidos por pessoas menores de 60 anos segundo a Regional de origem.

Regional	Total de questionários não válidos	Indivíduo / idade
1	1	- 59 anos
2	1	- 54 anos
3	0	- X
4	0	- X
5	2	- 48 anos - 53 anos
6	0	- X
7	1	- 51 anos
8	6	- 37 anos - 52 anos - 55 anos - 58 anos - 59 anos - 59 anos
9	0	- X
Total de 11 indivíduos com idades entre 37 e 59 anos		

Fonte: Dados da pesquisa

Medições

Inicialmente foi traçado o perfil socioeconômico da amostra mediante um recorte do questionário utilizado na pesquisa intitulada “Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na Terceira Idade”, realizada pela Fundação Perseu Abramo (FPA, 2007). Esta caracterização de deu mediante 9 variáveis, sendo: *local de nascimento; sexo; idade; etnia; situação conjugal; posse de filhos; grau de escolaridade; renda familiar mensal em Salários Mínimos (SM); e Ocupação.*

A Autopercepção de Gerontóismo (AG) foi verificada mediante a utilização de uma versão modificada do *Ageism Survey*, criado em 2000 (PALMORE, 2001) e adaptado por Couto et al. (2009). O instrumento incluiu 20 itens que avaliam a frequência e o nível de estresse atribuído a cada evento de discriminação. Para determinar o Apoio Social (AS) foi utilizada a escala *Medical Outcomes Study (MOS)* desenvolvida por Sherbourne & Stewart (1991) e adaptada à realidade brasileira por Chor et al. (2001) cuja validade transcultural se deu no estudo de Griep et al. (2005). O *MOS* conta com 19 itens que abrangem 5 dimensões de AS, sendo: *Material*; *Afetivo*; *Emocional*; *Informação*; e, *Interação Social Positiva*. Já a Funcionalidade Familiar (FF) foi avaliada pelo *Índice APGAR de Família* criado por Smilkstein (1978) e adaptado à realidade brasileira por Duarte (2001). Este instrumento verifica a satisfação com a dinâmica de funcionamento das famílias como sendo provedoras de recurso ou como sendo um fator estressor, identificando possíveis indícios de disfunção familiar. É composto por 5 pontos de uma escala, que permitem mensurar a satisfação dos membros de uma família em relação a 5 unidades básicas de funcionalidade familiar, sendo: *Adaptação*, *Companheirismo*, *Desenvolvimento*, *Afetividade*, e *Capacidade Resolutiva*. As iniciais dos conceitos homólogos em língua inglesa – *Adaptation*; *Partnership*; *Growth*; *Affection*; *Resolve* – determinaram o nome desta escala.

A comparação dos valores médios da variável contínua AG, segundo os grupos de AS e as variáveis sociodemográfica dicotômicas foi feita utilizando o teste t de student para amostras independentes. Os valores médios da variável contínua AG foram comparados aos da variável categórica FF e das variáveis sociodemográficas politômicas mediante ANOVA a um critério e do teste de comparações múltiplas paramétricas de Tukey HSD.

Coleta de dados

As entrevistas foram realizadas respeitando os dias, horários e locais das atividades de cada GC. A coleta dos dados se deu entre fevereiro e maio de 2012, sendo utilizados 28 dias.

Foi elaborado um *Kit* de coleta composto de: [a] *Capa*, [b] *Cópia do Parecer Técnico Favorável da FAS/PMC*, [c] *Autorização do Supervisor e do Gerente de Proteção Social Básica de cada RA*, [d] *um envelope plástico com 2 TCLE*, [e] *Questionário sobre o perfil sociodemográfico da população*, [f] *Escala APGAR de*

Família, [g] *Escala de Apoio Social*, [h] *Adaptação do Ageism Survey*, [i] 2 folhas para rascunho, observações e/ou comentários. Todos os Kits tiveram suas folhas numeradas, exceto os TCLEs. Após esclarecimentos prévios, os idosos assinaram os TCLEs dispostos em 2 vias, sendo que uma delas ficou de posse dos entrevistados e a outra foi recolhida pelos entrevistadores e colocadas em um envelope próprio. Assim, os respondentes não foram identificados por suas respostas.

Os instrumentos de coleta foram aplicados pelo *Método da Entrevista Pessoal*. Para a coleta dos dados foi selecionado um grupo composto por 25 entrevistadores, sendo 1 professor do curso de Medicina (PUCPR), 3 professores do curso de Odontologia (PUCPR), 1 cirurgião-dentista funcionário da rede pública municipal de Curitiba (PMC), 20 acadêmicos do curso de Medicina (PUCPR), e 2 do curso de Odontologia (PUCPR). Este grupo foi composto por 3 categorias, sendo: [a] *Pesquisadores Responsáveis* - 3 professores do Curso de Odontologia; [b] *Supervisores de Coleta* - 1 professor de Medicina, 1 de Odontologia e 1 funcionário municipal de saúde; e, [c] *Entrevistadores* - Os supervisores, 20 acadêmicos de Medicina e 2 acadêmicos de Odontologia. Toda equipe foi informada de seus direitos, deveres, limites, riscos e benefícios. A livre participação na pesquisa foi acordada mediante um documento intitulado INSTRUMENTO PARTICULAR DE COMPROMISSO DE PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA. Os acadêmicos entrevistadores também assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido específico. Após isto os entrevistadores foram treinados para realizar as entrevistas. Houve 6 reuniões para discutir e uniformizar a maneira de preencher os instrumentos, bem como para discutir as formas de abordagem aos entrevistados. Conforme as entrevistas eram realizadas, os instrumentos de coleta preenchidos eram entregues aos pesquisadores responsáveis, de modo a proceder com as devidas revisões e codificações. Todos os instrumentos de coleta foram totalmente preenchidos. O tempo médio utilizado para cada entrevista foi de aproximadamente 7 minutos, conforme o quadro 2 abaixo.

QUADRO 2: Tempo médio de cada entrevista e quantidade de dias utilizados para a coleta Segundo as Regionais Administrativas (RA) da cidade de Curitiba - PR

RA	Tempo de coleta em min = x	n = y	Média = x/y	Dias

1	210	37	5,68	3
2	230	29	7,93	2
3	360	34	10,6	4
4	300	36	8,33	2
5	210	33	6,36	3
6	210	40	5,25	3
7	360	47	7,65	4
8	400	63	6,34	3
9	320	57	5,61	4
TOTAL	2600	376	6,91	28

Fonte: Dados de pesquisa

Análises Estatísticas

Os dados foram tabulados em programa *Microsoft Office Excel* 2010 e as estatísticas foram realizadas com o auxílio do programa *Statistical Package for the Social (SPSS)* versão 20.0.

Teste da Regressão Linear

Visando avaliar a relação causal entre a variável AG e as variáveis AS e FF, inicialmente foi utilizado o Coeficiente de Correlação de Pearson. A aplicação desse teste evidenciou que, quando AG aumenta AS e FF diminuem simultaneamente, mostrando uma correlação negativa, estatisticamente significativa ($p < 0,05$), porém fraca (0,00 |----- 0,30).

Posteriormente, foi considerada a utilização de análise de regressão. Tomando por base que a variável dependente (AG) é contínua, não foi possível utilizar a regressão logística binária (dicotômica: 0 e 1), nem a multidimensional (categorias. Ex.: brancos, negros, pardos), nem a ordinal (Ex.: pouco, nenhum, bastante). Então foi testada a regressão linear entre AG X AS e AG X FF. O Coeficiente de Determinação (R^2) obtido entre as variáveis contínuas AG e AS indicou que as variações nos escores obtidos através da escala *MOS* explicam uma percentagem de 6,9% ($R^2 = 0,069$) na variação dos escores obtidos na escala *Ageism Survey*. Igualmente o R^2 obtido entre as variáveis contínuas AG e FF mostrou que as variações nos escores obtidos através do Índice *APGAR* de Família explicam uma percentagem de 7,8% ($R^2 = 0,078$) na variação dos escores obtidos na escala *Ageism Survey*. Apesar de a regressão linear ter mostrado um resultado

estatisticamente significativa ($p < 0,05$), o Coeficiente de Determinação mostrou que as variações de AS e FF junto à AG não justificam a utilização de análise de regressão. Sobre a regressão linear entre as variáveis sociodemográficas e AG, o resultado da correlação de Pearson entre elas justifica a não utilização de regressão linear. Entretanto, para efeitos de análise, foi feita a regressão linear entre AG e as variáveis sociodemográficas, sendo que o R^2 obtido mostrou que:

- as variações da variável *local de nascimento* explicam uma percentagem de 2% ($R^2 = 0,002$) na variação dos escores obtidos na escala *Ageism Survey*.
- as variações da variável *sexo* explicam uma percentagem de 5% ($R^2 = 0,005$) na variação dos escores obtidos na escala *Ageism Survey*.
- as variações da variável *idade* explicam uma percentagem de 0% ($R^2 = 0,000$) na variação dos escores obtidos na escala *Ageism Survey*, ou seja, não explicam nada.
- as variações da variável *etnia* explicam uma percentagem de 0% ($R^2 = 0,000$) na variação dos escores obtidos na escala *Ageism Survey*, ou seja, não explicam nada.
- as variações da variável *situação conjugal* explicam uma percentagem de 0% ($R^2 = 0,000$) na variação dos escores obtidos na escala *Ageism Survey*, ou seja, não explicam nada.
- as variações da variável *posse de filhos* explicam uma percentagem de 4% ($R^2 = 0,004$) na variação dos escores obtidos na escala *Ageism Survey*.
- as variações da variável *grau de escolaridade* explicam uma percentagem de 2% ($R^2 = 0,002$) na variação dos escores obtidos na escala *Ageism Survey*.
- as variações da variável *renda familiar mensal em Salários Mínimos (SM)* explicam uma percentagem de 3% ($R^2 = 0,003$) na variação dos escores obtidos na escala *Ageism Survey*.
- as variações da variável *ocupação* explicam uma percentagem de 0% ($R^2 = 0,000$) na variação dos escores obtidos na escala *Ageism Survey*, ou seja, não explicam nada.

APÊNDICE D – QUADROS E GRÁFICOS DA PESQUISA

Correlação de Pearson segundo as variáveis Autopercepção de Ancianismo (AA), Funcionalidade Familiar (FF) e Apoio Social (AS)			
	AG	AS	FF
AG	1	-0,263	- 0,280
AS	-0,263	1	0,526
FF	- 0,280	0,526	1

FONTE: Dados da pesquisa

Estatísticas descritivas de Autopercepção de Ancianismo (AA) segundo o Apoio Social (AS)				
	AS	n	média	Desvio Padrão
AA	Baixo (<92)	192	0,202	0,33337
	Alto (>=92)	184	0,15	0,19291

FONTE: Dados da pesquisa

Estatísticas descritivas de Autopercepção de Ancianismo (AA) segundo a Função Familiar (FF) e a Disfunção Familiar (DF)			
	FF	Diferenças entre as médias	Significância
FF preservada	DF Moderada	-0,19507	0,001
	DF Elevada	-0,21517	0,003
DF moderada	DF Elevada	-0,02010	0,967
	FF preservada	0,19507	0,001

FONTE: Dados da pesquisa

Autopercepção de Ancianismo (AA) segundo as variáveis sociodemográficas, testes de associação utilizados e valor de significância (p)			
	Variável Sociodemográfica	Teste estatístico utilizado para a associação	Significância (p)
AA	Sexo	t de student	0,147
	Posse de filhos	t de student	0,013
	Local de nascimento	ANOVA	0,097
	Grupo etário	ANOVA	0,989
	Etnia	ANOVA	0,730
	Escolaridade	ANOVA	0,317
	Renda Familiar	ANOVA	0,496
	Situação conjugal	ANOVA	0,166
PEA	ANOVA	0,899	

FONTE: Dados da pesquisa

Média de Autopercepção de Ancianismo (AA) segundo as variáveis sociodemográficas dicotômicas: "sexo" e "posse de filhos"						
	Variável Sociodemográfica	n	%	Média	Desvio Padrão	Significância (p)
AA	Sexo					p= 0,147
	Masculino	21	5,6	0,2374	0,30038	
	Feminino	355	94,4	0,1499	0,27627	
	Posse de filhos					p= 0,013
	Sim	353	93,9	0,1501	0,26751	
	Não	23	6,1	0,2265	0,40794	
Teste t de student						

FONTE: Dados da pesquisa

Média de Autopercepção de Ancianismo (AA) segundo a variável categórica "local de nascimento"						
	Local de nascimento	n	%	Média	Desvio Padrão	Significância (p)
AA	Capital	83	22,1	0,1177	0,23161	p= 0,097
	Região metropolitana	23	6,1	0,9000	0,12692	
	Cidade do interior de porte pequeno	183	48,7	0,1935	0,33872	
	Cidade do interior de porte médio	60	16,0	0,1102	0,18078	
	Cidade do interior de porte grande	27	7,2	0,1599	0,17632	
	Total	376	100,0	0,1548	0,27797	
	ANOVA a um critério					

FONTE: Dados da pesquisa

Média de Autopercepção de Ancianismo (AA) segundo a variável categórica "grupos etários"						
	Faixa Etária	n	%	Média	Desvio Padrão	Significância (p)
AA	60 I----- 70	171	45,5	0,1540	0,30307	p= 0,989
	70 I----- 80	158	42,0	0,1569	0,26620	
	80 anos e mais	47	12,5	0,1503	0,22042	
	Total	376	100,0	0,1548	0,27797	
	ANOVA a um critério					

FONTE: Dados da pesquisa

Média de Autopercepção de Ancianismo (AA) segundo a variável categórica "etnia"						
	Etnia/Raça	n	%	Média	Desvio Padrão	Significância (p)
AA	Branca	286	76,0	0,1508	0,26234	p= 0,730
	Negra, amarela e indígena	22	5,9	0,1994	0,18584	
	Parda	68	18,1	0,1571	0,35803	
	Total	376	100,0	0,1548	0,27797	
	ANOVA a um critério					
FONTE: Dados da pesquisa						

Média de Autopercepção de Ancianismo (AA) segundo a variável categórica "escolaridade"						
	Escolaridade	n	%	Média	Desvio Padrão	Significância (p)
AA	Nunca foi à escola	30	8,0	0,1335	0,20641	p= 0,317
	1ª ---- 4ª série	208	55,3	0,1549	0,25480	
	5ª ---- 8ª série	49	13,0	0,1255	0,18595	
	1ª---- 2ºcolegial	26	6,9	0,0997	0,14520	
	3ºcolegial completo	27	7,2	0,2623	0,18595	
	Superior e/ou Pós-graduação	36	9,6	0,1704	0,38754	
	Total	376	100,0	0,1548	0,27797	
	ANOVA a um critério					
FONTE: Dados da pesquisa						

Média de Autopercepção de Ancianismo (AA) segundo a variável categórica "renda familiar" em Salários Mínimos (SM)						
	Renda familiar em SM	n	%	Média	Desvio Padrão	Significância (p)
AA	Até 1 SM	91	24,2	0,1637	0,30488	p= 0,496
	1 SM ---- 2 SM	118	31,4	0,1591	0,25177	
	2 SM ---- 5 SM	100	26,6	0,1757	0,32957	
	Mais de 5 SM	29	7,7	0,0778	0,12975	
	Não sabe ou se recusa a dizer	38	10,1	0,1236	0,21483	
	Total	376	100,0	0,1548	0,27797	
	ANOVA a um critério					
FONTE: Dados da pesquisa						

Média de Autopercepção de Ancianismo (AA) segundo a variável categórica "situação conjugal"						
	Situação Conjugal	n	%	Média	Desvio Padrão	Significância (p)
	Casado / amigado	135	35,9	0,1395	0,26716	
	Solteiro	24	6,4	0,2707	0,42191	

AA	Viúvo	177	47,1	0,1453	0,26311	p= 0,166
	Desquitado / Divorciado / Separado	40	10,6	0,1786	0,26514	
	Total	376	100,0	0,1548	0,27797	
	ANOVA a um critério					
	FONTE: Dados da pesquisa					

Média de Autopercepção de Ancianismo (AA) segundo a variável categórica "Ocupação"						
	Ocupação	n	%	Média	Desvio Padrão	Significância (p)
AA	Trabalha e não é aposentado	21	5,6	0,1271	0,27309	p= 0,899
	Trabalha e é aposentado	29	7,7	0,1390	0,29684	
	Dono de casa / Do lar	52	13,8	0,1854	0,37662	
	Desempregado	4	1,1	0,0837	0,16055	
	Pensionista	85	22,6	0,1441	0,21400	
	Sem atividade e sem remuneração	9	2,4	0,0625	0,10130	
	Aposentado e não trabalha	166	44,1	0,1663	0,28365	
	Beneficiário da Prestação Continuada	10	2,7	0,1092	0,18969	
	Total	376	100,0	0,1548	0,27797	
	ANOVA a um critério					
FONTE: Dados da pesquisa						

Q1 Contaram-me uma piada que ridicularizava as pessoas de mais idade

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nunca	227	60,4	60,4
	Uma vez	21	5,6	66,0
	Mais de uma vez	128	34,0	100,0
	Total	376	100,0	100,0

Q1 Grau de estresse

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
--	-----------	---------	---------------	-----------------------

	Nenhum estresse	317	84,3	84,3	84,3
Valid	Estresse mediano	25	6,6	6,6	91,0
	Estresse alto	34	9,0	9,0	100,0
	Total	376	100,0	100,0	

Q2 Enviaram-me um cartão de aniversário que ridicularizava as pessoas de mais idade

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nunca	364	96,8	96,8
	Uma vez	5	1,3	98,1
	Mais de uma vez	7	1,9	100,0
	Total	376	100,0	100,0

Q2 Grau de estresse

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nenhum estresse	369	98,1	98,1
	Estresse mediano	3	,8	98,9
	Estresse alto	4	1,1	100,0
	Total	376	100,0	100,0

Q3 Fui ignorado/a ou não levado/a a sério devido à minha idade

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nunca	296	78,7	78,7
	Uma vez	22	5,9	84,6
	Mais de uma vez	58	15,4	100,0
	Total	376	100,0	100,0

Q3 Grau de estresse

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nenhum estresse	312	83,0	83,0
	Estresse mediano	19	5,1	88,0
	Estresse alto	45	12,0	100,0
	Total	376	100,0	100,0

Q4 Chamaram-me de um nome impróprio que insultava, devido à minha idade

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Nunca	294	78,2	78,2	78,2
Valid Uma vez	24	6,4	6,4	84,6
Mais de uma vez	58	15,4	15,4	100,0
Total	376	100,0	100,0	

Q4 Grau de estresse

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Nenhum estresse	321	85,4	85,4	85,4
Valid Estresse mediano	15	4,0	4,0	89,4
Estresse alto	40	10,6	10,6	100,0
Total	376	100,0	100,0	

Q5 Falaram comigo de forma condescendente ou paternalista devido à minha idade

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Nunca	233	62,0	62,0	62,0
Valid Uma vez	12	3,2	3,2	65,2
Mais de uma vez	131	34,8	34,8	100,0
Total	376	100,0	100,0	

Q5 Grau de estresse

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Nenhum estresse	355	94,4	94,4	94,4
Valid Estresse mediano	12	3,2	3,2	97,6
Estresse alto	9	2,4	2,4	100,0
Total	376	100,0	100,0	

Q6 Recusaram alugar-me uma casa devido à minha idade

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	355	94,4	94,4	94,4

Nunca	17	4,5	4,5	98,9
Uma vez	2	,5	,5	99,5
Mais de uma vez	2	,5	,5	100,0
Total	376	100,0	100,0	

Q6 Grau de estresse

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Nenhum estresse	374	99,5	99,5	99,5
Estresse mediano	1	,3	,3	99,7
Estresse alto	1	,3	,3	100,0
Total	376	100,0	100,0	

Q7 Tive dificuldade em obter um empréstimo devido à minha idade

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0	275	73,1	73,1	73,1
Nunca	93	24,7	24,7	97,9
Uma vez	4	1,1	1,1	98,9
Mais de uma vez	4	1,1	1,1	100,0
Total	376	100,0	100,0	

Q7 Grau de estresse

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Nenhum estresse	373	99,2	99,2	99,2
Estresse mediano	1	,3	,3	99,5
Estresse alto	2	,5	,5	100,0
Total	376	100,0	100,0	

Q8 Negaram-me um cargo de chefia devido à minha idade

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0	296	78,7	78,7	78,7
Nunca	77	20,5	20,5	99,2
Uma vez	3	,8	,8	100,0
Total	376	100,0	100,0	

Q8 Grau de estresse

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Nenhum estresse	375	99,7	99,7	99,7
Valid Estresse alto	1	,3	,3	100,0
Total	376	100,0	100,0	

Q9 Fui rejeitado/a por não ser atraente devido à minha idade

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Nunca	361	96,0	96,0	96,0
Valid Uma vez	4	1,1	1,1	97,1
Valid Mais de uma vez	11	2,9	2,9	100,0
Total	376	100,0	100,0	

Q9 Grau de estresse

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Nenhum estresse	364	96,8	96,8	96,8
Valid Estresse mediano	5	1,3	1,3	98,1
Valid Estresse alto	7	1,9	1,9	100,0
Total	376	100,0	100,0	

Q10 Fui tratado/a com menos dignidade e respeito devido à minha idade

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Nunca	325	86,4	86,4	86,4
Valid Uma vez	10	2,7	2,7	89,1
Valid Mais de uma vez	41	10,9	10,9	100,0
Total	376	100,0	100,0	

Q10 Grau de estresse

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Nenhum estresse	333	88,6	88,6	88,6

Estresse mediano	4	1,1	1,1	89,6
Estresse alto	39	10,4	10,4	100,0
Total	376	100,0	100,0	

Q11 Um garçom ignorou-me devido à minha idade

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Nunca	372	98,9	98,9	98,9
Valid Uma vez	2	,5	,5	99,5
Mais de uma vez	2	,5	,5	100,0
Total	376	100,0	100,0	

Q11 Grau de estresse

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Nenhum estresse	372	98,9	98,9	98,9
Valid Estresse alto	4	1,1	1,1	100,0
Total	376	100,0	100,0	

Q12 Um médico, enfermeiro e/ou cirurgião-dentista supôs que as minhas dores são devidas à minha idade

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Nunca	285	75,8	75,8	75,8
Valid Uma vez	39	10,4	10,4	86,2
Mais de uma vez	52	13,8	13,8	100,0
Total	376	100,0	100,0	

Q12 Grau de estresse

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Nenhum estresse	319	84,8	84,8	84,8
Valid Estresse mediano	20	5,3	5,3	90,2
Estresse alto	37	9,8	9,8	100,0
Total	376	100,0	100,0	

Q13 Negaram-me tratamento médico e/ou odontológico devido à minha idade

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nunca	364	96,8	96,8
	Uma vez	10	2,7	99,5
	Mais de uma vez	2	,5	100,0
	Total	376	100,0	100,0

Q13 Grau de estresse

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nenhum estresse	366	97,3	97,3
	Estresse mediano	1	,3	97,6
	Estresse alto	9	2,4	100,0
	Total	376	100,0	100,0

Q14 Negaram-me emprego devido à minha idade

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	345	91,8	91,8
	Nunca	26	6,9	98,7
	Uma vez	3	,8	99,5
	Mais de uma vez	2	,5	100,0
	Total	376	100,0	100,0

Q14 Grau de estresse

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nenhum estresse	371	98,7	98,7
	Estresse mediano	3	,8	99,5
	Estresse alto	2	,5	100,0
	Total	376	100,0	100,0

Q15 Negaram-me uma promoção devido à minha idade

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	366	97,3	97,3

Nunca	5	1,3	1,3	98,7
Uma vez	3	,8	,8	99,5
Mais de uma vez	2	,5	,5	100,0
Total	376	100,0	100,0	

Q15 Grau de estresse

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Nenhum estresse	372	98,9	98,9	98,9
Valid Estresse alto	4	1,1	1,1	100,0
Total	376	100,0	100,0	

Q16 Sugeriram que eu não ouço bem devido à minha idade

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Nunca	283	75,3	75,3	75,3
Valid Uma vez	22	5,9	5,9	81,1
Mais de uma vez	71	18,9	18,9	100,0
Total	376	100,0	100,0	

Q16 Grau de estresse

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Nenhum estresse	329	87,5	87,5	87,5
Valid Estresse mediano	18	4,8	4,8	92,3
Estresse alto	29	7,7	7,7	100,0
Total	376	100,0	100,0	

Q17 Sugeriram que eu não compreendo bem devido à minha idade

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Nunca	292	77,7	77,7	77,7
Valid Uma vez	19	5,1	5,1	82,7
Mais de uma vez	65	17,3	17,3	100,0
Total	376	100,0	100,0	

Q17 Grau de estresse

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Nenhum estresse	326	86,7	86,7	86,7
Valid Estresse mediano	20	5,3	5,3	92,0
Valid Estresse alto	30	8,0	8,0	100,0
Total	376	100,0	100,0	

Q18 Alguém me disse: O/A senhor/a é muito velho/a para isso"

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Nunca	319	84,8	84,8	84,8
Valid Uma vez	19	5,1	5,1	89,9
Valid Mais de uma vez	38	10,1	10,1	100,0
Total	376	100,0	100,0	

Q18 Grau de estresse

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Nenhum estresse	340	90,4	90,4	90,4
Valid Estresse mediano	10	2,7	2,7	93,1
Valid Estresse alto	26	6,9	6,9	100,0
Total	376	100,0	100,0	

Q19 A minha casa foi invadida e/ou vandalizada devido à minha idade

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Nunca	357	94,9	94,9	94,9
Valid Uma vez	11	2,9	2,9	97,9
Valid Mais de uma vez	8	2,1	2,1	100,0
Total	376	100,0	100,0	

Q19 Grau de estresse

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Nenhum estresse	357	94,9	94,9	94,9
Valid Estresse mediano	3	,8	,8	95,7

Estresse alto	16	4,3	4,3	100,0
Total	376	100,0	100,0	

Q20 Fui vítima de violência (física/moral) devido à minha idade

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Nunca	343	91,2	91,2	91,2
Uma vez	12	3,2	3,2	94,4
Mais de uma vez	21	5,6	5,6	100,0
Total	376	100,0	100,0	

Q20 Grau de estresse

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Nenhum estresse	343	91,2	91,2	91,2
Estresse mediano	5	1,3	1,3	92,6
Estresse alto	28	7,4	7,4	100,0
Total	376	100,0	100,0	

ESCORE - APGAR DE FAMÍLIA

N	Valid	376
	Missing	0
Mean		8,85
Median		10,00
Std. Deviation		2,049
Variance		4,196
Minimum		0
Maximum		10
Sum		3328

ESCORE - APGAR DE FAMÍLIA

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0	5	1,3	1,3	1,3
1	2	,5	,5	1,9
2	4	1,1	1,1	2,9
3	1	,3	,3	3,2
4	6	1,6	1,6	4,8

5	9	2,4	2,4	7,2
6	20	5,3	5,3	12,5
7	20	5,3	5,3	17,8
8	29	7,7	7,7	25,5
9	46	12,2	12,2	37,8
10	234	62,2	62,2	100,0
Total	376	100,0	100,0	

Funcionalidade Familiar

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Elevada disfunção familiar	18	4,8	4,8
	Disfunção familiar moderada	29	7,7	12,5
	Funcionalidade familiar	329	87,5	100,0
	Total	376	100,0	100,0

FUNCIONALIDADE FAMILIAR

		ADAPTAÇÃO	COMPANHEIRISMO	DESENVOLVIMENTO	AFETIVIDADE	CAPACIDADE RESOLUTIVA	ESCORE APGAR DE FAMÍLIA
ADAPTAÇÃO	Pearson Correlation	1	,621**	,486**	,559**	,481**	,812**
	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,000	,000	,000
	N	376	376	376	376	376	376
COMPANHEIRISMO	Pearson Correlation	,621**	1	,495**	,615**	,456**	,816**
	Sig. (2-tailed)	,000		,000	,000	,000	,000
	N	376	376	376	376	376	376
DESENVOLVIMENTO	Pearson Correlation	,486**	,495**	1	,559**	,398**	,736**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000		,000	,000	,000
	N	376	376	376	376	376	376
AFETIVIDADE	Pearson Correlation	,559**	,615**	,559**	1	,454**	,818**
	Sig. (2-tailed)						
	N	376	376	376	376	376	376

	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000		,000	,000
	N	376	376	376	376	376	376
CAPACIDADE RESOLUTIVA	Pearson Correlation	,481**	,456**	,398**	,454**	1	,722**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000		,000
	N	376	376	376	376	376	376
ESCORE - APGAR DE FAMÍLIA	Pearson Correlation	,812**	,816**	,736**	,818**	,722**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	376	376	376	376	376	376

Escore de MOS

N	Valid	376
	Missing	0
	Mean	87,56
	Median	92,00
	Std. Deviation	14,920
	Variance	222,593
	Minimum	20
	Maximum	100
	Sum	32923

Escore de MOS

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 20	1	,3	,3	,3
24	1	,3	,3	,5
30	1	,3	,3	,8
38	1	,3	,3	1,1
39	1	,3	,3	1,3
40	1	,3	,3	1,6
42	1	,3	,3	1,9
42	1	,3	,3	2,1
44	1	,3	,3	2,4
45	1	,3	,3	2,7

47	1	,3	,3	2,9
47	1	,3	,3	3,2
48	1	,3	,3	3,5
49	1	,3	,3	3,7
51	1	,3	,3	4,0
51	1	,3	,3	4,3
52	1	,3	,3	4,5
53	1	,3	,3	4,8
55	1	,3	,3	5,1
56	3	,8	,8	5,9
56	1	,3	,3	6,1
57	1	,3	,3	6,4
59	2	,5	,5	6,9
60	1	,3	,3	7,2
61	1	,3	,3	7,4
61	1	,3	,3	7,7
62	1	,3	,3	8,0
62	3	,8	,8	8,8
64	1	,3	,3	9,0
65	1	,3	,3	9,3
65	3	,8	,8	10,1
66	1	,3	,3	10,4
66	1	,3	,3	10,6
67	1	,3	,3	10,9
67	1	,3	,3	11,2
68	1	,3	,3	11,4
68	1	,3	,3	11,7
69	1	,3	,3	12,0
69	1	,3	,3	12,2
71	1	,3	,3	12,5
72	1	,3	,3	12,8
72	6	1,6	1,6	14,4
73	1	,3	,3	14,6
73	1	,3	,3	14,9
74	1	,3	,3	15,2
75	1	,3	,3	15,4
75	1	,3	,3	15,7
75	1	,3	,3	16,0

75	1	,3	,3	16,2
76	3	,8	,8	17,0
76	1	,3	,3	17,3
77	3	,8	,8	18,1
77	2	,5	,5	18,6
78	1	,3	,3	18,9
78	1	,3	,3	19,1
79	5	1,3	1,3	20,5
80	2	,5	,5	21,0
80	6	1,6	1,6	22,6
81	2	,5	,5	23,1
82	1	,3	,3	23,4
82	3	,8	,8	24,2
82	1	,3	,3	24,5
83	1	,3	,3	24,7
83	1	,3	,3	25,0
84	8	2,1	2,1	27,1
85	3	,8	,8	27,9
85	1	,3	,3	28,2
86	1	,3	,3	28,5
86	8	2,1	2,1	30,6
87	1	,3	,3	30,9
87	3	,8	,8	31,6
87	2	,5	,5	32,2
87	1	,3	,3	32,4
88	2	,5	,5	33,0
88	24	6,4	6,4	39,4
89	3	,8	,8	40,2
90	6	1,6	1,6	41,8
91	10	2,7	2,7	44,4
92	1	,3	,3	44,7
92	27	7,2	7,2	51,9
93	7	1,9	1,9	53,7
94	1	,3	,3	54,0
94	17	4,5	4,5	58,5
95	1	,3	,3	58,8
95	10	2,7	2,7	61,4
96	25	6,6	6,6	68,1

97	1	,3	,3	68,4
97	5	1,3	1,3	69,7
98	17	4,5	4,5	74,2
99	1	,3	,3	74,5
99	8	2,1	2,1	76,6
100	88	23,4	23,4	100,0
Total	376	100,0	100,0	

Grupos de MOS

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Escore<92	192	51,1	51,1	51,1
Valid Escore >=92	184	48,9	48,9	100,0
Total	376	100,0	100,0	

CORRELAÇÃO ENTRE AS DIMENSÕES DE APOIO SOCIAL - MOS

		Escore Material	Escore Afetivo	Escore Emocional	Escore Informação	Escore Interação Social	Escore de MOS
Escore Material	Pearson Correlation	1	,449**	,442**	,428**	,367**	,724**
	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,000	,000	,000
	N	376	376	376	376	376	376
Escore Afetivo	Pearson Correlation	,449**	1	,556**	,419**	,526**	,731**
	Sig. (2-tailed)	,000		,000	,000	,000	,000
	N	376	376	376	376	376	376
Escore Emocional	Pearson Correlation	,442**	,556**	1	,632**	,519**	,819**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000		,000	,000	,000
	N	376	376	376	376	376	376
Escore Informação	Pearson Correlation	,428**	,419**	,632**	1	,508**	,805**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000		,000	,000
	N	376	376	376	376	376	376
Escore Interação Social	Pearson Correlation	,367**	,526**	,519**	,508**	1	,744**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000		,000
	N	376	376	376	376	376	376
Escore de MOS	Pearson Correlation	,724**	,731**	,819**	,805**	,744**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000	
	N	376	376	376	376	376	376

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Regressão Linear entre AG e FF

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,280 ^a	,078	,076	,26720

a. Predictors: (Constant), ESCORE - APGAR DE FAMÍLIA

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	2,273	1	2,273	31,839	,000 ^b
	Residual	26,703	374	,071		
	Total	28,976	375			

a. Dependent Variable: Autopercepção de Gerontismo

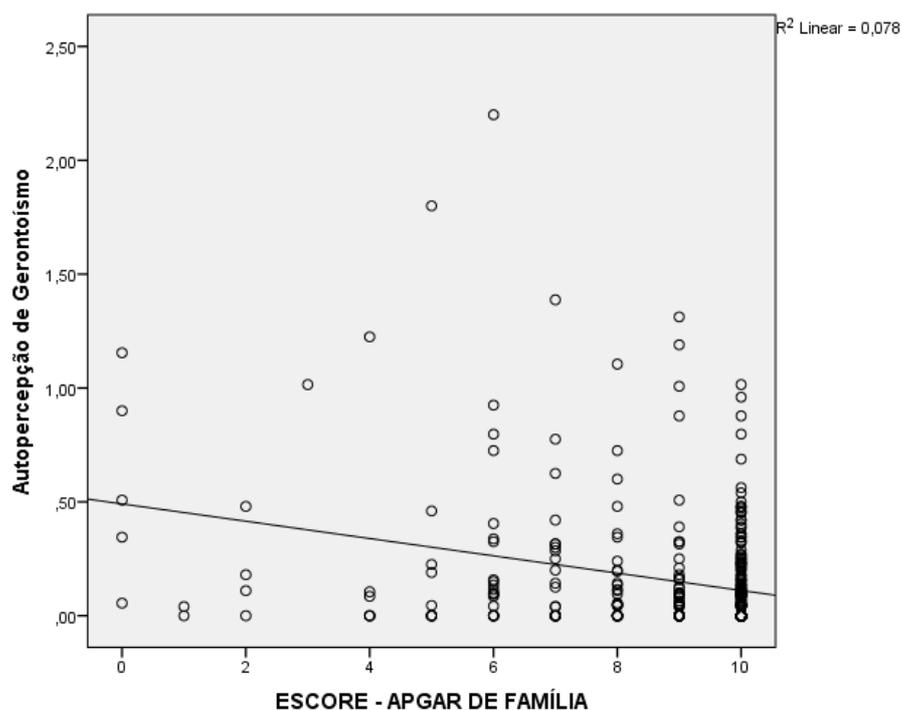
b. Predictors: (Constant), ESCORE - APGAR DE FAMÍLIA

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95,0% Confidence Interval for B	
		B	Std. Error	Beta			Lower Bound	Upper Bound
1	(Constant)	,491	,061		8,027	,000	,371	,611
	ESCORE - APGAR DE FAMÍLIA	-,038	,007	-,280	-5,643	,000	-,051	-,025

a. Dependent Variable: Autopercepção de Gerontismo

Gráfico da Regressão Linear entre AG X FF



Regressão Linear entre AG e AS

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,263 ^a	,069	,067	,26855

a. Predictors: (Constant), Escore de MOS

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	2,004	1	2,004	27,781	,000 ^b
	Residual	26,973	374	,072		
	Total	28,976	375			

a. Dependent Variable: Autopercepção de Gerontismo

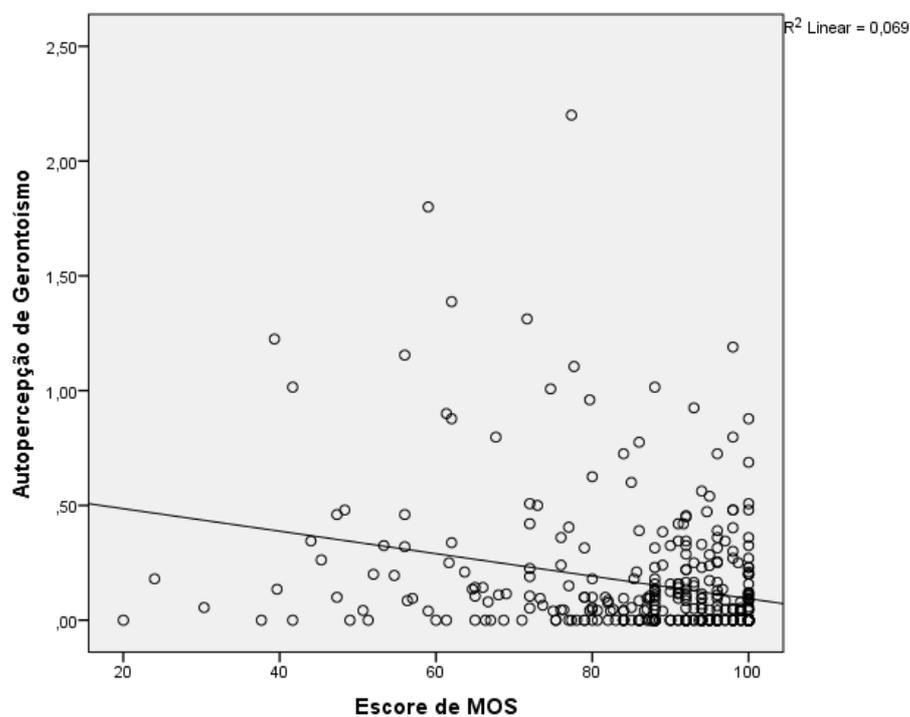
b. Predictors: (Constant), Escore de MOS

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95,0% Confidence Interval for B	
		B	Std. Error	Beta			Lower Bound	Upper Bound
1	(Constant)	,584	,083		7,071	,000	,421	,746
	Escore de MOS	-,005	,001	-,263	-5,271	,000	-,007	-,003

a. Dependent Variable: Autopercepção de Gerontismo

Gráfico da Regressão Linear entre AG e AS



Regressão Linear entre AG e Local de Nascimento

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,043 ^a	,002	-,001	,27809

a. Predictors: (Constant), Local de nascimento

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	,054	1	,054	,699	,404 ^b
	Residual	28,922	374	,077		
	Total	28,976	375			

a. Dependent Variable: Autopercepção de Gerontolismo

b. Predictors: (Constant), Local de nascimento

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	,126	,037		3,365	,001
	Local de nascimento	,010	,012	,043	,836	,404

a. Dependent Variable: Autopercepção de Gerontismo

Regressão entre AG e Sexo

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,072 ^a	,005	,003	,27762

a. Predictors: (Constant), Sexo

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	,152	1	,152	1,970	,161 ^b
	Residual	28,824	374	,077		
	Total	28,976	375			

a. Dependent Variable: Autopercepção de Gerontismo

b. Predictors: (Constant), Sexo

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	,325	,122		2,662	,008
	Sexo	-,088	,062	-,072	-1,404	,161

a. Dependent Variable: Autopercepção de Gerontismo

Regressão linear entre AG e Grupos Etários

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,001 ^a	,000	-,003	,27835

a. Predictors: (Constant), Grupos etários

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	,000	1	,000	,000	,982 ^b
	Residual	28,976	374	,077		
	Total	28,976	375			

a. Dependent Variable: Autopercepção de Gerontóismo

b. Predictors: (Constant), Grupos etários

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	,156	,038		4,118	,000
	Grupos etários	,000	,021	-,001	-,022	,982

a. Dependent Variable: Autopercepção de Gerontóismo

Regressão entre AG e Etnia

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,016 ^a	,000	-,002	,27831

a. Predictors: (Constant), Raça / Cor da pele

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	,007	1	,007	,095	,758 ^b
	Residual	28,969	374	,077		
	Total	28,976	375			

a. Dependent Variable: Autopercepção de Gerontismo

b. Predictors: (Constant), Raça / Cor da pele

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	,147	,030		4,910	,000
	Raça / Cor da pele	,006	,018	,016	,308	,758

a. Dependent Variable: Autopercepção de Gerontismo

Regressão entre AG e Escolaridade

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,049 ^a	,002	,000	,27801

a. Predictors: (Constant), Escolaridade

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	,069	1	,069	,898	,344 ^b
	Residual	28,907	374	,077		
	Total	28,976	375			

a. Dependent Variable: Autopercepção de Gerontismo

b. Predictors: (Constant), Escolaridade

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	,128	,031		4,084	,000
	Escolaridade	,010	,010	,049	,948	,344

a. Dependent Variable: Autopercepção de Gerontismo

Regressão entre AG e Renda Familiar por Salário Mínimo (SM)

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,053 ^a	,003	,000	,27796

a. Predictors: (Constant), Renda familiar por Salário Mínimo (SM)

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	,081	1	,081	1,049	,306 ^b
	Residual	28,895	374	,077		
	Total	28,976	375			

a. Dependent Variable: Autopercepção de Gerontismo

b. Predictors: (Constant), Renda familiar por Salário Mínimo (SM)

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	,185	,032		5,690	,000
	Renda familiar por Salário Mínimo (SM)	-,012	,012	-,053	-1,024	,306

a. Dependent Variable: Autopercepção de Gerontismo

Regressão entre AG e Situação Conjugal

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,020 ^a	,000	-,002	,27829

a. Predictors: (Constant), Situação conjugal

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	,012	1	,012	,156	,693 ^b
	Residual	28,964	374	,077		
	Total	28,976	375			

a. Dependent Variable: Autopercepção de Gerontóismo

b. Predictors: (Constant), Situação conjugal

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	,142	,034		4,159	,000
	Situação conjugal	,005	,013	,020	,395	,693

a. Dependent Variable: Autopercepção de Gerontóismo

Regressão entre AG e Posse de Filhos

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,066 ^a	,004	,002	,27774

a. Predictors: (Constant), Ter filhos

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	,126	1	,126	1,635	,202 ^b
	Residual	28,850	374	,077		
	Total	28,976	375			

a. Dependent Variable: Autopercepção de Gerontismo

b. Predictors: (Constant), Ter filhos

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	,074	,065		1,133	,258
	Ter filhos	,076	,060	,066	1,279	,202

a. Dependent Variable: Autopercepção de Gerontismo

Regressão entre AG e Religião

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,044 ^a	,002	-,001	,27808

a. Predictors: (Constant), Religião

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	,056	1	,056	,730	,394 ^b
	Residual	28,920	374	,077		
	Total	28,976	375			

a. Dependent Variable: Autopercepção de Gerontismo

b. Predictors: (Constant), Religião

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	,166	,020		8,505	,000
	Religião	-,008	,009	-,044	-,854	,394

a. Dependent Variable: Autopercepção de Gerontismo

Regressão entre AG e Ocupação (Participação na PEA)

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,011 ^a	,000	-,003	,27833

a. Predictors: (Constant), Participação na População Economicamente Ativa - PEA

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	,004	1	,004	,049	,825 ^b
	Residual	28,972	374	,077		
	Total	28,976	375			

a. Dependent Variable: Autopercepção de Gerontismo

b. Predictors: (Constant), Participação na População Economicamente Ativa - PEA

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	,147	,040		3,685	,000
	Participação na População Economicamente Ativa - PEA	,002	,007	,011	,222	,825

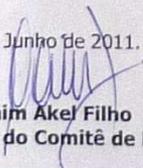
a. Dependent Variable: Autopercepção de Gerontismo

Descriptives

		Statistic	Std. Error
Autopercepção de Gerontóismo	Mean	,1548	,01434
	95% Confidence Interval for Lower Bound	,1266	
	Mean Upper Bound	,1829	
	5% Trimmed Mean	,1094	
	Median	,0463	
	Variance	,077	
	Std. Deviation	,27797	
	Minimum	,00	
	Maximum	2,20	
	Range	2,20	
	Interquartile Range	,18	
	Skewness	3,277	,126
	Kurtosis	14,069	,251
	Mean	8,85	,106
ESCORE - APGAR DE FAMÍLIA	95% Confidence Interval for Lower Bound	8,64	
	Mean Upper Bound	9,06	
	5% Trimmed Mean	9,16	
	Median	10,00	
	Variance	4,196	
	Std. Deviation	2,049	
	Minimum	0	
	Maximum	10	
	Range	10	
	Interquartile Range	2	
	Skewness	-2,300	,126
	Kurtosis	5,524	,251
	Mean	87,56	,769
	Escore de MOS	95% Confidence Interval for Lower Bound	86,05

Mean	Upper Bound	89,07	
5% Trimmed Mean		89,35	
Median		92,00	
Variance		222,593	
Std. Deviation		14,920	
Minimum		20	
Maximum		100	
Range		80	
Interquartile Range		16	
Skewness		-1,777	,126
Kurtosis		3,193	,251

ANEXO A – PARECER FAVORÁVEL DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ

 PUCPR	PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ Núcleo de Bioética Comitê de Ética em Pesquisa <i>Clência com Consciência</i>	
PARECER CONSUBSTANCIADO DE PROTOCOLO DE PESQUISA		
Parecer Nº 0005112/11 Título do projeto AUTOPERCEÇÃO DE ANCIANISMO SEGUNDO O SUPORTE FAMILIAR E O APOIO SOCIAL	Protocolo CEP Nº 6105 Grupo Versão 2	
Protocolo CONEP 0137.0.084.000-11 Instituição Grupos de Convivência para idosos da Fundação de Assistência Social da Prefeitura Municipal de Ctba	Pesquisador responsável Herbert Rubens Koch Filho	
Objetivos		
OBJETIVO(S) GERAL(IS) Investigar qual é o impacto exercido pelo apoio social e suporte familiar sobre a autopercepção de ancianismo em idosos participantes de Grupos de Convivência (GV) organizados pela Fundação de Ação Social (FAS) da Prefeitura Municipal de Curitiba (PMC).		
OBJETIVO(S) ESPECÍFICO(S) <ul style="list-style-type: none"> • Determinar o perfil sociodemográfico da população a ser estudada; • Identificar qual é a condição que mais causa a sensação de ancianismo; • Verificar se existe variação no nível de autopercepção de ancianismo segundo as variáveis que compõem o perfil sociodemográfico; • Investigar o relato de suporte familiar da população estudada; • Verificar se existe variação de autopercepção de ancianismo segundo as variáveis de suporte familiar; • Investigar o relato de apoio social da população estudada; • Verificar se existe variação de autopercepção de ancianismo segundo as variáveis de apoio social. 		
Comentários e considerações		
Na versão anterior não foram mencionados os riscos para o sujeito da pesquisa. Nesta versão, os riscos da pesquisa foram incluídos no TCLE, mas não foram ainda mencionados no projeto.		
Termo de consentimento livre e esclarecido e/ou Termo de compromisso para uso de dados.		
O TCLE foi corrigido segundo as solicitações do parecer anterior, com esclarecimentos sobre termos específicos e informando ao sujeito os riscos e benefícios da pesquisa.		
Recomendações		
Incluir os riscos mencionados no TCLE também no projeto de pesquisa.		
Conclusões		
De acordo com os comentários acima apresentados, consideramos o projeto aprovado.		
Devido ao exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa da PUCPR, de acordo com as exigências das Resoluções Nacionais 196/96 e demais relacionadas a pesquisas envolvendo seres humanos, em reunião realizada no dia: 22/06/2011 , manifesta-se por considerar o projeto Aprovado .		
Situação Aprovado		
Lembramos aos senhores pesquisadores que, no cumprimento da Resolução 196/96, o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) deverá receber relatórios anuais sobre o andamento do estudo, bem como a qualquer tempo e a critério do pesquisador nos casos de relevância, além do envio dos relatos de eventos adversos, para conhecimento deste Comitê. Salientamos ainda, a necessidade de relatório completo ao final do estudo. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP-PUCPR de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificado e as suas justificativas.		
Se a pesquisa, ou parte dela for realizada em outras instituições, cabe ao pesquisador não iniciá-la antes de receber a autorização formal para a sua realização. O documento que autoriza o início da pesquisa deve ser carimbado e assinado pelo responsável da instituição e deve ser mantido em poder do pesquisador responsável, podendo ser requerido por este CEP em qualquer tempo.		
Curitiba, 22 de Junho de 2011.  Prof. MSc. Naim Akel Filho Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa PUC PR		

ANEXO B – PARECER TÉCNICO FAVORÁVEL DA FUNDAÇÃO DE AÇÃO SOCIAL DA PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA



INFORMAÇÃO

Curitiba, 03 de novembro de 2011.

Parecer Técnico para autorização de Pesquisa em unidades da Fundação de Ação Social

Protocolo: 01-105552/2011

Assunto: Autorização para realizar pesquisa intitulada "Autopercepção de ancianismo segundo o suporte familiar e o apoio social".

A partir da análise da documentação anexa ao referido protocolo, assim como do parecer favorável à pesquisa emitido pela Diretoria de Proteção Social Básica, (folhas 53), considerando a relevância do objetivo a qual tem como propósito "...investigar qual é o impacto exercido pelo apoio social e suporte familiar sobre a autopercepção de ancianismo em idosos participantes de Grupos de Convivência (GV) organizados pela Fundação de Ação Social da Prefeitura de Curitiba, está **autorizada** a pesquisa com os 443 idosos participantes de grupos de convivência organizados pela Fundação de Ação Social, nos 9 (nove) Núcleos Regionais, tendo o cuidado, por parte do pesquisador em observar e cumprir o descrito no **Termo e Compromisso para Realização de Estudo Científico**, o qual será entregue as mesmas a partir desta data.

Handwritten signatures and notes:
 H. ...
 C. ...
 ROBERTO ...

Handwritten signature: Simone A. Alibosek
 Simone Andreia Alibosek
 Coordenadora de
 Desenvolvimento Profissional
 D.A. 4 / FAS

Fundação de Ação Social

Rua Eduardo Sprada, 4520 Campo Comprido 81.270-010 Curitiba Paraná Brasil Tel. (41) 3350 3500 Fax (41) 3373 7540 fas@fas.curitiba.pr.gov.br

ANEXO C – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO UTILIZADO NA PESQUISA

QUESTIONÁRIO SOBRE O PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO *

1. O/A senhor/a mora em que bairro:						
2. O/A senhor/a nasceu em:						
2.1 Capital	2.2 Região Metropolitana	2.3 Interior Porte pequeno	2.4 Interior Porte médio	2.5 Interior Porte grande		
3. Sexo			3.1 Masculino	3.2 Feminino		
4. Qual a sua idade? (Anos completos)						
5. Raça / Cor: O/A senhor/a diria que sua pele é: (Etnia)						
5.1 Branca	5.2 Negra	5.3 Parda	5.4 Amarela	5.5 Indígena		
6. O/A senhor/a passou a maior parte da sua vida na cidade ou no campo?						
6.1 Na cidade	6.2 No campo / Áreas rurais		6.3 Meio a meio em ambos			
7. Vou ler uma lista de religiões para que o/a senhor/a me indique qual é a sua:						
7.1 Católica	7.2 Evangélica	7.3 Espírita Kardecista		7.4 Umbanda	7.5 Candomblé	7.6 Judaica
7.7 Muçulmana	7.8 Budista		7.9 Outras religiões não citadas aqui	7.10 Acredita em Deus, mas não tem religião		7.11 É ateu/ Não acredita em Deus/ É agnóstico
8. Qual o seu grau de escolaridade?						
8.1 Nunca foi à escola		8.2 De 1ª à 4ª série		8.3 De 5ª à 8ª série		
8.4 1ª ou 2ª série do colegial completa		8.5 3ª série do colegial completa		8.6 Superior incompleto		
8.7 Superior completo			8.8 Pós-Graduação			
9. Somando a sua renda com a renda das pessoas que moram com o/a senhor/a, quanto é aproximadamente a renda da sua casa? O.B.S.: O Salário Mínimo (SM) atual é de R\$ 545,00						
9.1 Até 1 Salário Mínimo	9.2 Mais de 1 até 2 SM	9.3 Mais de 2 a 5 SM	9.4 Mais de 5 SM	9.5 Não sabe Recusa a dizer		
10. A casa onde o/a senhor/a reside é:						
10.1 Própria	10.2 Alugada	10.3 Cedida / Emprestada	10.4 Mora com parentes	10.5 Casa de Repouso, Asilo	10.6 Mcra na rua	
11. Atualmente qual é sua situação conjugal? – Estado Civil						
11.1 Casado/a Amigado/a		11.2 Solteiro/a	11.3 Viúvo/a	11.4 Desquitado/a Divorciado/a Separado/a		
12. O/A senhor/a tem filhos?			12.1 Sim	12.2 Não		
13. Na casa em que o/a senhor/a mora, contando com o/a senhor/a, quantas pessoas vivem lá de maneira permanente?						
13.1 Vive só	13.2 2 pessoas	13.3 3 pessoas	13.4 4 pessoas	13.5 5 pessoas	13.6 6 pessoas	13.7 Mais de 6 pessoas

14. Qual a relação de vínculo ou parentesco que o/a senhor/a tem com as pessoas que moram com o/a senhor/a? Pode marcar mais do que um							
14.1 Filho/a	14.2 Genro / Nora		14.3 Sogro/a	14.4 Marido / Esposa Parceiro/a		14.5 Neto /a	
14.6 Irmão / Irmã		14.7 Empregado/a Doméstico/a Residente		14.8 Outros parentes	14.9 Agregados Não-parentes		14.10 Moro sozinho/a
15. Qual é a pessoa que está mais próxima do/a senhor/a, lhe dá mais atenção, que mais lhe acompanha?							
15.1 Marido Esposa Parceiro/a		15.2 Filho/a		15.3 Neto/a		15.4 Irmão Irmã	
15.5 Genro Nora		15.6 Todos cuidam igualmente		15.7 Outros parentes		15.8 Empregado/a	
15.9 Outra pessoa que não ora comigo		15.10 Ninguém					
16. Qual das pessoas que moram na casa é o/a chefe da família?							
16.1 Eu mesmo/a	16.2 Marido Esposa Parceiro/a		16.3 Filho/a	16.4 Genro Nora		16.5 Irmão Irmã	
16.6 Outros parentes							
17. Qual destas pessoas mais contribuí para a renda familiar?							
17.1 Eu mesmo/a	17.2 Marido Esposa Parceiro/a		17.3 Filho/a	17.4 Genro Nora		17.5 Irmã Irmã	
17.6 Neto/a		17.7 Outros parentes		17.8 Outros Não parentes			
18. Participação atual na População Economicamente Ativa (PEA) – Qual sua ocupação?							
18.1 Trabalha e não é aposentado/a				18.2 Trabalha e é aposentado/a			
18.3 Dono/a – de - casa			18.4 Desempregado			18.5 Pensionis:a	
18.6 Sem atividade e sem remuneração			18.7 Aposentado e não trabalha			18.8 Beneficiário/a (Benefício da Prestação Continuada)	

FONTE: * Instrumento baseado na pesquisa desenvolvida pela FPA, 2007.

ANEXO D – VERSÃO DO AGEISM SURVEY UTILIZADA NA PESQUISA

Adaptação Brasileira do “The Ageism Survey” **

Este é um instrumento que procura avaliar a existência de atitudes discriminatórias relativamente a pessoas com mais de 60 anos. Se você possui **mais de 60 anos**, por favor, colabore.

INSTRUÇÕES

Por favor, marque com um X o número que melhor identifica a frequência com que viveu ou sentiu cada uma das situações abaixo:

Não se aplica = 0 Nunca = 1 Uma vez = 2 Mais de uma vez = 3

A seguir, marque com um X o número que melhor identifica o grau de estresse da situação vivida:

Nada estressante / Nenhum Estresse = 0 Extremamente estressante/ Estresse Alto = 2
 Medianamente estressante / Estresse Mediano = 1

		Frequência			Grau de Estresse			
		0	1	2	0	1	2	
1	Contaram-me uma piada que ridicularizava as pessoas de mais idade	1 Nunca	2 Uma vez	3 Mais que uma vez	0 Nenhum Estresse	1 Estresse Mediano	2 Estresse Alto	
2	Enviaram-me um cartão de aniversário que ridicularizava as pessoas de mais idade	1 Nunca	2 Uma vez	3 Mais que uma vez	0 Nenhum Estresse	1 Estresse Mediano	2 Estresse Alto	
3	Fui ignorado/a ou não levado/a a sério devido à minha idade	1 Nunca	2 Uma vez	3 Mais que uma vez	0 Nenhum Estresse	1 Estresse Mediano	2 Estresse Alto	
4	Chamaram-me de um nome impróprio, que insultava, devido à minha idade	1 Nunca	2 Uma vez	3 Mais que uma vez	0 Nenhum Estresse	1 Estresse Mediano	2 Estresse Alto	
5	Falaram comigo de forma condescendente ou paternalista devido à minha idade	1 Nunca	2 Uma vez	3 Mais que uma vez	0 Nenhum Estresse	1 Estresse Mediano	2 Estresse Alto	
6	Depois que você completou 60 anos, alguma vez já alugou uma casa? Se a resposta for <u>NAO</u> marque 0 para frequência e estresse							
	Recusaram alugar-me uma casa devido à minha idade	0 Não se aplica	1 Nunca	2 Uma vez	3 Mais que uma vez	0 Nenhum Estresse	1 Estresse Mediano	2 Estresse Alto
7	Depois que você completou 60 anos, alguma vez tentou obter um empréstimo? Se a resposta for <u>NAO</u> marque 0 para frequência e estresse							
	Tive dificuldade em obter um empréstimo devido à minha idade	0 Não se aplica	1 Nunca	2 Uma vez	3 Mais que uma vez	0 Nenhum Estresse	1 Estresse Mediano	2 Estresse Alto
8	Depois que você completou 60 anos, alguma vez concorreu a um cargo de chefia? Se a resposta for <u>NAO</u> marque 0 para frequência e estresse							
	Negaram-me um cargo de chefia devido à minha idade	0 Não se aplica	1 Nunca	2 Uma vez	3 Mais que uma vez	0 Nenhum Estresse	1 Estresse Mediano	2 Estresse Alto
9	Fui rejeitado/a por não ser atraente devido à minha idade	1 Nunca	2 Uma vez	3 Mais que uma vez	0 Nenhum Estresse	1 Estresse Mediano	2 Estresse Alto	
10	Fui tratado/a com menos dignidade e respeito devido à minha idade	1 Nunca	2 Uma vez	3 Mais que uma vez	0 Nenhum Estresse	1 Estresse Mediano	2 Estresse Alto	

		Frequência			Grau de Estresse			
11	Um garçom ignorou-me devido à minha idade	1 Nunca	2 Uma vez	3 Mais que uma vez	0 Nenhum Estresse	1 Estresse Mediano	2 Estresse Alto	
12	Um médico ou enfermeiro supôs que as minhas dores são devidas à minha idade	1 Nunca	2 Uma vez	3 Mais que uma vez	0 Nenhum Estresse	1 Estresse Mediano	2 Estresse Alto	
13	Negaram-me tratamento médico devido à minha idade	1 Nunca	2 Uma vez	3 Mais que uma vez	0 Nenhum Estresse	1 Estresse Mediano	2 Estresse Alto	
Depois que você completou 60 anos, alguma vez procurou um emprego? Se a resposta for NAO marque 0 para frequência e estresse								
14	Negaram-me emprego devido à minha idade	0 Não se aplica	1 Nunca	2 Uma vez	3 Mais que uma vez	0 Nenhum Estresse	1 Estresse Mediano	2 Estresse Alto
Depois que você completou 60 anos, alguma vez concorreu a uma promoção? Se a resposta for NAO marque 0 para frequência e estresse								
15	Negaram-me uma promoção devido à minha idade	0 Não se aplica	1 Nunca	2 Uma vez	3 Mais que uma vez	0 Nenhum Estresse	1 Estresse Mediano	2 Estresse Alto
16	Sugeriram que eu não ouço bem devido à minha idade	1 Nunca	2 Uma vez	3 Mais que uma vez	0 Nenhum Estresse	1 Estresse Mediano	2 Estresse Alto	
17	Sugeriram que eu não compreendo bem devido à minha idade	1 Nunca	2 Uma vez	3 Mais que uma vez	0 Nenhum Estresse	1 Estresse Mediano	2 Estresse Alto	
18	Alguém me disse: "O/A senhor/a é muito velho/a" para isso	1 Nunca	2 Uma vez	3 Mais que uma vez	0 Nenhum Estresse	1 Estresse Mediano	2 Estresse Alto	
19	A minha casa foi invadida e/ou vandalizada devido à minha idade	1 Nunca	2 Uma vez	3 Mais que uma vez	0 Nenhum Estresse	1 Estresse Mediano	2 Estresse Alto	
20	Fui vítima de violência (física /moral) devido à minha idade	1 Nunca	2 Uma vez	3 Mais que uma vez	0 Nenhum Estresse	1 Estresse Mediano	2 Estresse Alto	

** Instrumento baseado no instrumento desenvolvido por Erdman Palmore (2000) e adaptado à realidade brasileira por Couto *et al.*, 2007

ANEXO E – VERSÃO DO MEDICAL OUTCOMES STUDY SOCIAL SUPPORT SURVEY UTILIZADA NA PESQUISA

ESCALA DE APOIO SOCIAL*

Este questionário apresenta uma série de 19 perguntas sobre a sua compreensão a respeito do apoio social que o(a) senhor(a) recebe. Assim se faz necessário que o (a) senhor (a) se manifeste acerca de todas as questões, manifestando com um X a alternativa que melhor se aplica à sua opinião e, se por acaso, nenhuma das opções estiverem de acordo com a sua resposta, por favor, escolha aquela que mais se aproxime do que o (a) senhor (a) percebe. Por gentileza, não deixe questões em branco, sem responder.

Para responder às questões a seguir, considere como apoio social aquele encontrado por seus familiares, amigos, companheiros de atividades de recreação, de esporte, de clube, de igreja, de templo, vizinhos, empregados domésticos, cuidadores, equipes de trabalho, ou qualquer pessoa que seja de seu convívio cotidiano.

Tipo de apoio	Se você precisar, com que frequência conta com alguém que...				
Material	1) ... que o ajude, se você estiver de cama (acamado)?				
	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Quase sempre	<input type="checkbox"/> Sempre
	Quem é (são) esta (s) pessoa (s)?				
	2) ... para levá-lo ao médico e/ou ao dentista? Independente de serem os dois, um ou outro, marque a alternativa correspondente ao relato e depois identifique o(s) profissional(is)				
	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Quase sempre	<input type="checkbox"/> Sempre
	Quem é (são) esta (s) pessoa (s)?				
	(1) levar somente ao médico (2) levar somente ao dentista (12) levar ao médico e ao dentista				
	3) ... para ajudá-lo nas tarefas diárias?				
	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Quase sempre	<input type="checkbox"/> Sempre
	Quem é (são) esta (s) pessoa (s)?				
Afetivo	4) ... para preparar suas refeições?				
	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Quase sempre	<input type="checkbox"/> Sempre
	Quem é (são) esta (s) pessoa (s)?				
	5) ... que demonstre amor e afeto por você?				
	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Quase sempre	<input type="checkbox"/> Sempre
	Quem é (são) esta (s) pessoa (s)?				
	6) ... que lhe dê um abraço?				
<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Quase sempre	<input type="checkbox"/> Sempre	
Quem é (são) esta (s) pessoa (s)?					
7) ... que você ame e que faça você se sentir querido?					
<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Quase sempre	<input type="checkbox"/> Sempre	
Quem é (são) esta (s) pessoa (s)?					

Emocional *	8) ... para ouvi-lo, quando você precisar falar?				
	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Quase sempre	<input type="checkbox"/> Sempre
	Quem é (são) esta (s) pessoa (s)?				
Emocional *	9) ... em quem confiar ou para falar de você ou sobre seus problemas?				
	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Quase sempre	<input type="checkbox"/> Sempre
	Quem é (são) esta (s) pessoa (s)?				
Emocional *	10) ... para compartilhar suas preocupações e medos mais íntimos?				
	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Quase sempre	<input type="checkbox"/> Sempre
	Quem é (são) esta (s) pessoa (s)?				
Emocional *	11) ... que compreenda seus problemas?				
	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Quase sempre	<input type="checkbox"/> Sempre
	Quem é (são) esta (s) pessoa (s)?				
Informação *	12) ... para dar bons conselhos em situações de crise?				
	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Quase sempre	<input type="checkbox"/> Sempre
	Quem é (são) esta (s) pessoa (s)?				
Informação *	13) ... para dar informação que o ajude a compreender uma determinada situação?				
	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Quase sempre	<input type="checkbox"/> Sempre
	Quem é (são) esta (s) pessoa (s)?				
Informação *	14) ... de quem você realmente quer conselhos?				
	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Quase sempre	<input type="checkbox"/> Sempre
	Quem é (são) esta (s) pessoa (s)?				
Informação *	15) ... para dar sugestões de como lidar com um problema pessoal?				
	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Quase sempre	<input type="checkbox"/> Sempre
	Quem é (são) esta (s) pessoa (s)?				

Interação Social Positiva	16) ... com quem fazer coisas agradáveis?				
	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Quase sempre	<input type="checkbox"/> Sempre
	Quem é (são) esta (s) pessoa (s)?				
	17) ... com quem distrair a cabeça?				
	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Quase sempre	<input type="checkbox"/> Sempre
	Quem é (são) esta (s) pessoa (s)?				
	18) ... com quem relaxar?				
	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Quase sempre	<input type="checkbox"/> Sempre
	Quem é (são) esta (s) pessoa (s)?				
	19) ... para se divertir junto?				
	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Quase sempre	<input type="checkbox"/> Sempre
	Quem é (são) esta (s) pessoa (s)?				

- Questionário de apoio social, itens e dimensões propostas na versão original aplicada no *Medical Outcomes Study*, adaptadas para o idioma português por Chor, Griep, Lopes e Faerstein (2001). Dimensões não discriminadas em avaliações empíricas do estudo original, tratadas como uma única dimensão

Fonte: GRIEP, Rosane; CHOR, Dóra; FAERSTEIN, Eduardo; WERNECK, Guilherme L.; LOPES, Cláudia S. Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21(3):703-714, mai-jun, 2005.

ANEXO F – VERSÃO DO ÍNDICE APGAR DE FAMÍLIA UTILIZADA NA PESQUISA

ESCALA APGAR DE FAMÍLIA

Neste questionário é apresentada uma série de cinco (05) afirmações sobre a sua compreensão a respeito da funcionalidade familiar (como sua família funciona em relação às suas necessidades) recebido por você até o momento.

Este estudo considera como família: a comunidade formada por pessoas unidas por laços de parentesco (consanguíneos ou parentes próximos: avô, avó, pai, mãe, tio, tia, esposo, esposa, filho, filha, sobrinho, sobrinha, enteado, enteada) ou que se considerem aparentados ("amasiado", "concubina", "companheiro, companheira, agregados), unidos, tanto por laços naturais, como por afinidade ou por vontade expressa; que possuam dependência doméstica ou normas de convivência. Esta definição foi formulada a partir do Artigo 5º, parágrafo II da Lei Nº 11.340 (BRASIL, 2006), bem como no conceito utilizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2011)

É necessário, por gentileza, que você responda a todas as questões assinalando com um X a alternativa que melhor se aplica a você e, se por acaso, nenhuma das opções estiverem de acordo com a sua resposta, por favor, escolha aquela que mais se aproxime do que você percebe. Por gentileza, não deixe questões em branco, sem responder.

Escala APGAR de Família

APGAR DE FAMÍLIA	SEMPRE 2	ALGUMAS VEZES 1	NUNCA 0
<p style="text-align: center;">A) Adaptation (Adaptação)</p> <p>Estou satisfeito(a) pois posso recorrer à minha família em busca de ajuda quando alguma coisa está me incomodando ou preocupando</p> <p><small>Representa a satisfação do membro familiar com a assistência recebida quando os recursos familiares são necessários. É definida como a capacidade de utilização de recursos intra e extra-familiares, frente a uma situação de estresse familiar, para resolução de problemas que provocam a alteração do equilíbrio da referida família.</small></p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p style="text-align: center;">P) Partnership (Companheirismo)</p> <p>Estou satisfeito(a) com a maneira pela qual minha família e eu conversamos e compartilhamos os problemas</p> <p><small>Compreendido como a satisfação do membro familiar com a reciprocidade nas comunicações familiares e na solução de problemas. Por definição é a capacidade da família em repartir decisões, responsabilidades e ações de maneira a manter seus membros protegidos e "alimentados".</small></p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p style="text-align: center;">G) Growth (Desenvolvimento)</p> <p>Estou satisfeito(a) com a maneira como minha família aceita e apóia meus desejos de iniciar ou buscar novas atividades e procurar novos caminhos ou direções</p> <p><small>Representa a satisfação do membro familiar com a liberdade disponibilizada pela família para mudanças de papéis e para alcance de maturidade ou desenvolvimento emocional. É definido como maturidade estrutural e emocional da unidade familiar bem como seu desenvolvimento obtido através do apoio, auxílio e orientações mútuas.</small></p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p style="text-align: center;">A) Affection (Afetividade)</p> <p>Estou satisfeito(a) com a maneira pela qual minha família demonstra afeição e reage às minhas emoções, tais como raiva, mágoa ou amor</p> <p><small>Indica a satisfação do membro familiar com a intimidade e as interações emocionais em seu contexto familiar. Por definição representa o cuidado ou a relação afetiva que existe entre os membros da família.</small></p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p style="text-align: center;">R) Resolve (Capacidade resolutiva)</p> <p>Estou satisfeito(a) com a maneira pela qual minha família e eu compartilhamos o tempo juntos</p> <p><small>Representa a satisfação do membro familiar com o tempo compartilhado entre eles. Em sua definição, associa-se à decisão, determinação ou resolutividade existente em uma unidade familiar. É o compromisso existente entre os membros de dedicarem-se uns aos outros, com o objetivo de fortalecimento mútuo (envolve geralmente a questão de tempo compartilhado, divisão de bens materiais, prosperidade e espaço). Embora possa compreender todos estes aspectos, o autor considerou mais relevante incluir apenas o tempo compartilhado entre os membros familiares neste domínio.</small></p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FONTE: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 192p.

ANEXO G – NORMAS DA REVISTA CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA

Ciência & Saúde Coletiva

ISSN 1678-4561 *versão online* ISSN 1413-8123 *versão impressa*

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

Objetivo e política editorial

Ciência & Saúde Coletiva publica debates, análises e resultados de investigações sobre um tema específico considerado relevante para a saúde coletiva; e artigos de discussão e análise do estado da arte da área e das subáreas, mesmo que não versem sobre o assunto do tema central. A revista, de periodicidade bimestral, tem como propósitos enfrentar os desafios, buscar a consolidação e promover uma permanente atualização das tendências de pensamento e das práticas na saúde coletiva, em diálogo com a agenda contemporânea da Ciência & Tecnologia.

A revista C&SC adota as "Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas", da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na Rev Port Clin Geral 1997, 14:159-174. O documento está disponível em vários sítios na World Wide Web, como por exemplo, www.icmje.org ou www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf. Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta.

Seções da publicação

Editorial: responsabilidade do(s) editor(es). Este texto deve ter, no máximo, 3.500 caracteres.

Debate: encomendado pelos editores, trata-se de artigo teórico pertinente ao tema central da revista, que receberá críticas/comentários assinados de até seis especialistas, também convidados, e terá uma réplica do autor principal. O artigo deve ter, no máximo, 40.000 caracteres; os textos dos debatedores e a réplica, máximo de 10.000 caracteres cada um.

Artigos Temáticos: revisão crítica ou resultado de pesquisas de natureza empírica, experimental ou conceitual sobre o assunto em pauta no número temático. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres; os de revisão, 50.000 caracteres.

Artigos de Temas Livres: não incluídos no conteúdo focal da revista, mas voltados para pesquisas, análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área ou das subáreas. Os números máximos de caracteres são os mesmos dos artigos temáticos.

Opinião: texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres.

Resenhas: análise crítica de livro relacionado ao campo temático da revista, publicado nos últimos dois anos, com, no máximo, 10.000 caracteres. Os autores devem encaminhar à Secretaria da Revista uma reprodução de alta definição da capa do livro resenhado.

Cartas: crítica a artigo publicado em número anterior da revista ou nota curta, descrevendo criticamente situações emergentes no campo temático (máximo de 7.000 caracteres).

Observação: O limite máximo de caracteres considera os espaços e inclui texto e bibliografia; o resumo/abstract e as ilustrações (figuras e quadros) são considerados à parte.

Apresentação de manuscritos

- Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final do artigo.
- Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico (www.cienciaesaudecoletiva.com.br) segundo as orientações do menu Artigos e Avaliações.
- Os artigos submetidos não podem ter sido divulgados em outra publicação, nem propostos simultaneamente para outros periódicos. Qualquer divulgação posterior do artigo em outra publicação deve ter aprovação expressa dos editores de ambos os periódicos. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.
- As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).
- Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que podem identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos que se façam necessários.
- Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade do(s) autor(es).
- Os artigos publicados serão de propriedade da revista C&SC, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização da Revista.
- Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem, etc.).
- O **resumo/abstract**, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo palavras-chave/key words), deve explicitar o

objeto, objetivos, metodologia, abordagem teórica e resultados do estudo ou investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo seis palavras-chave/key words. Chamamos a atenção para a importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e das palavras-chave, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo.

Autoria

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada.

2. No final do texto devem ser especificadas as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo (ex. LM Fernandes trabalhou na concepção e na redação final e CM Guimarães, na pesquisa e na metodologia).

Nomenclaturas

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura biológica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

2. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.

3. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

Ilustrações

1. O material ilustrativo da revista C&SC compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo esteja em cor, será convertido para tons de cinza.

2. O número de material ilustrativo deve ser de, no máximo, cinco por artigo, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático, quando deverá haver negociação prévia entre editor e autor(es).

3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.

4. As tabelas e os quadros devem ser confeccionados no mesmo programa utilizado na confecção do artigo (Word).

5. Os gráficos devem estar no programa Excel, e os dados numéricos devem ser enviados, de preferência, em separado no programa Word ou em outra planilha como texto, para facilitar o recurso de copiar e colar.

6. Os arquivos das figuras (mapa, por ex.) devem ser salvos no (ou exportados para o) formato Illustrator ou Corel Draw. Estes formatos conservam a informação VETORIAL, ou seja, conservam as linhas de desenho dos mapas. Se for impossível salvar nesses formatos; os arquivos podem ser enviados nos formatos TIFF ou BMP, que são formatos de imagem e NÃO conservam sua informação vetorial, o que prejudica a qualidade do resultado. Se usar o formato TIFF ou BMP, salvar na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho (lado maior = 18cm). O mesmo se aplica para o material que estiver em fotografia. Caso não seja possível enviar as ilustrações no meio digital, deve ser enviado o material original em boas condições para reprodução

Agradecimentos

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências bibliográficas.

2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.

3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente daqueles a outros tipos de contribuição.

Referências

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão *et al.*

2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo:

ex. 1: ... Outro indicador analisado foi o de Imaturidade do PSF¹¹ ...

ex. 2: ... Como alerta Maria Adélia de Souza⁴, a cidade...

As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.

3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos* (<http://www.icmje.org>).

4. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<http://www.nlm.nih.gov/>).

5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.

Exemplos de como citar referências

Artigos em periódicos

1. Artigo padrão (inclua até 6 autores, seguidos de *et al.* se exceder a esse número)

Pelegrini MLM, Castro JD, Drachler ML. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência no Rio Grande do Sul, Brasil. *Rev C S Col* 2005; 10(2):275-86.

Maximiano AA, Fernandes RO, Nunes FP, Assis MP, Matos RV, Barbosa CGS, *et al.* Utilização de drogas veterinárias, agrotóxicos e afins em ambientes hídricos: demandas, regulamentação e considerações sobre riscos à saúde humana e ambiental. *Rev C S Col* 2005; 10(2):483-91.

2. Instituição como autor

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J*

Aust 1996; 164:282-4

3. Sem indicação de autoria

Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84:15.

4. Número com suplemento

Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. *Cad Saúde Pública* 1993; 9(Supl 1):71-84.

5. Indicação do tipo de texto, se necessário

Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996; 347:1337.

Livros e outras monografias

6. Indivíduo como autor

Cecchetto FR. *Violência, cultura e poder*. Rio de Janeiro: FGV; 2004.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 2004.

7. Organizador ou compilador como autor

Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes; 2004.

8. Instituição como autor

Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (Ibama). *Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins*. Brasília: DILIQ/Ibama; 2001.

9. Capítulo de livro

Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. *É veneno ou é remédio. Agrotóxicos, saúde e ambiente*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.

10. Resumo em Anais de congressos

Kimura J, Shibasaki H, organizadores. Recent advances in clinical neurophysiology. *Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology*; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

11. Trabalhos completos publicados em eventos científicos

Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: *Anais do V Congresso Brasileiro de adolescência*; 1993; Belo Horizonte. p. 581-2.

12. Dissertação e tese

Carvalho GCM. *O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001* [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2002.

Gomes WA. *Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade: nível de informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana - BA* [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

Outros trabalhos publicados

13. Artigo de jornal

Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. *Jornal do Brasil* 2004 Jan 31; p. 12

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).

14. Material audiovisual

HIV/AIDS: the facts and the future [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

15. Documentos legais

Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.

Material no prelo ou não publicado

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. In press 1996.

Cronenberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N. Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. *Arq Bras Oftalmol*. No prelo 2004.

Material eletrônico

16. Artigo em formato eletrônico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial on the Internet] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[about 24 p.]. Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma em comunidade da Chapada do Araripe - PE - Brasil. *Arq Bras Oftalmol* [periódico na Internet]. 2004 Mar-Abr [acessado 2004 Jul 12];67(2): [cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf>

17. Monografia em formato eletrônico

CDI, clinical dermatology illustrated [CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2ª ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

18. Programa de computador

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993.

ANEXO H – NORMAS DA REVISTA *GERONTOLOGY*

Gerontology

International Journal of Experimental, Clinical, Behavioural and Technological Gerontology
Editor(s): Wick G. (Innsbruck)

Guidelines for Authors

www.karger.com/ger_guidelines

Introduction

'Gerontology' publishes manuscripts on all aspects of experimental, clinical, behavioural, regenerative and technological science research into the aging process. It accepts particularly high-quality, original papers in all disciplines of gerontological research.

The Experimental Section contains contributions from basic gerontological research. Papers submitted for the Clinical Section discuss aetiology, pathogenesis, prevention and treatment of diseases in old age from a gerontological rather than a geriatric viewpoint. Papers dealing with behavioural development and related topics are published in the Behavioural Science Section. An extra section covers research exploring basic aspects of regeneration in biological systems and regenerative medical approaches and deals with technological devices for the elderly.

Manuscripts may be submitted in the following categories:

- Mini-Review (invited)
- Original Paper
- Debate (invited)
- Viewpoint (invited)
- Short Communication
- Images in Gerontology
- Letter to the Editor

Authors should indicate the category they wish their article to be considered for. The Editor-in-Chief reserves the right to arrange the submitted manuscripts into one of the four sections.

Submission

Only original papers written in English are considered and should be submitted online

Online Manuscript Submission

Should you experience any problems with your submission, please send your article as e-mail attachment (the preferred word-processing package is MS-Word) to the Editorial Office:

gerontology@i-med.ac.at

Editorial Office 'Gerontology'
Georg Wick, MD
Laboratory of Autoimmunity
Innsbruck Medical University
Peter-Mayr-Strasse 4a
A-6020 Innsbruck
Austria
Tel. +43 512 9003 70960
Fax +43 512 9003 73271

A statement signed by all authors saying that they agree with the publication of the paper should accompany the manuscript.

Original Papers (max. 6,000 words and 40 references) must describe new research results, not published or under consideration in another journal. All papers should be arranged with an Introduction, Methods, Results and Discussion. Abbreviations should be explained and limited to a minimum. All terms abbreviated in the text, abstract and in the figures must, on the first occasion, be given in full, followed by the abbreviation (e.g. electrocardiogram (ECG)). Any papers dealing, partly or wholly, with basic science should include a few lines of description to any concept which may not be well known to some readers who are primarily practising clinicians.

Mini-Reviews (max. 4,000 words plus approx. 20 references) and occasionally *Extensive Reviews* are to be submitted exclusively upon solicitation by the Section Editors or by the Editors of special issues, via the Editor-in-Chief. They are not subject to page charges.

The *Debate* and *Viewpoint* categories publish arguments, critical statements and theoretical papers reflecting the authors' personal views on mechanisms of the aging process in all areas within the scope of 'Gerontology'. Manuscripts are to be submitted exclusively upon solicitation by the Section Editors, via the Editor-in-Chief, and be limited to 4,000 words and 20 references.

The *Short Communications* (max. 2,000 words plus approx. 10 references) must contain data derived from front-edge research and be of potential interest to a large fraction of the readership.

Letters to the Editor (max. 1,000 words plus approx. 10 references) are encouraged if they directly concern articles previously published in this journal and clinical subjects related to the matters discussed. In exceptional cases, they may also address data published in another journal. The editor reserves the right to submit copies of such letters to the authors of the articles concerned prior to publication in order to permit them to respond in the same issue of the journal. Letters on general scientific or medical subjects in gerontology are also welcome.

Conditions

Only manuscripts that conform with the Guidelines for Authors will be considered. All manuscripts are subject to editorial review. Manuscripts are received with the explicit understanding that they are not under simultaneous consideration by any other publication or have not already been published. Submission of an article for publication implies the transfer of the copyright from the author to the publisher upon acceptance. Accepted papers become the permanent property of 'Gerontology' and may not be reproduced by any means, in whole or in part, without the written consent of the publisher. It is the author's responsibility to obtain permission to reproduce illustrations, tables, etc. from other publications.

Conflict of Interest

All forms of funding and support, including that from companies, and any potential competing financial interests should be acknowledged in the cover letter to the editor. The statement has to be listed at the end of the article.

Ethical Requirements

Appropriate proof has to be provided that all ethical prerequisites have been fulfilled. These include permission granted by responsible Ethical Committees and informed consent of participants in studies on human subjects, as well as permission obtained from Review Boards for animal experiments.

Plagiarism Policy

Whether intentional or not, plagiarism is a serious violation. We define plagiarism as a case in which a paper reproduces another work with at least 25% similarity and without citation.

If evidence of plagiarism is found before/after acceptance or after publication of the paper, the author will be offered a chance for rebuttal. If the arguments are not found to be satisfactory, the manuscript will be retracted and the author sanctioned from publishing papers for a period to be determined by the responsible Editor(s).

Arrangement

Title page: The first page of each paper should indicate the title, the authors' names, the institute where the work was conducted, and a short title for use as running head.

Full address: The exact postal address of the corresponding author complete with postal code must be given at the bottom of the title page. Please also supply phone and fax numbers, as well as e-mail address.

Key words: Please supply 3–10 key words in English that reflect the content of the paper (no abbreviations).

Each **Abstract** should be structured as follows:

Background: What prompted the study?

Objective: What is the purpose of the study?

Methods: How was the study carried out?

Results: What are the most important findings?

Conclusion: What is the most important conclusion?

The abstract should not exceed 350 words, and any abbreviations must be explained.

Footnotes: Avoid footnotes. When essential, they are numbered consecutively and typed at the foot of the appropriate page.

Tables and illustrations: Tables and illustrations (both numbered in Arabic numerals) should be prepared on separate pages. Tables require a heading and figure legends should be supplied on a separate page. For technical reasons, figures with a screen background should not be submitted. When possible, group several illustrations on one block for reproduction (max. size 180×223 mm) or provide crop marks. Electronically submitted b/w half-tone and color illustrations must have a final resolution of 300 dpi after scaling, line drawings one of 800–1200 dpi. Figure files must not be embedded in a document file but submitted separately.

Color Illustrations

Online edition: Color illustrations are reproduced free of charge. In the print version, the illustrations are reproduced in black and white. Please avoid referring to the colors in the text and figure legends.

Print edition: Up to 6 color illustrations per page can be integrated within the text at CHF 800.00.

References

Identify references in the text with Arabic numerals [in square brackets]. Material submitted for publication but not yet accepted should be noted as 'unpublished data' and not be included in the reference list. The list of references should include only those publications cited in the text. Do not alphabetize; number references in the order in which they are first mentioned in the text. The surnames of the authors followed by initials should be given. There should be no punctuation other than a comma to separate the authors. Preferably, please cite all authors. Abbreviate journal names according to the Index Medicus system. Also see International Committee of Medical Journal Editors: Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals (www.icmje.org).

Examples

(a) Papers published in periodicals: Vilhelmsson M, Johansson C, Jacobsson-Ekman G, Cramer R, Zargari A, Scheynius A: The malassezia sympodialis allergen Mala s 11 induces human dendritic cell maturation, in contrast to its human homologue manganese superoxide dismutase. *Int Arch Allergy Immunol* 2007;143:155–162.

(b) Papers published only with DOI numbers: Theoharides TC, Boucher W, Spear K: Serum interleukin-6 reflects disease severity and osteoporosis in mastocytosis patients. *Int Arch Allergy Immunol* DOI: 10.1159/000063858.

(c) Monographs: Matthews DE, Farewell VT: *Using and Understanding Medical Statistics*, ed 4, revised. Basel, Karger, 2007.

(d) Edited books: Park BK, Sanderson JP, Naisbitt DJ: Drugs as haptens, antigens, and immunogens; in Pichler WJ (ed): *Drug Hypersensitivity*. Basel, Karger, 2007, pp 55–65.

Reference Management Software: Use of EndNote is recommended for easy management and formatting of citations and reference lists.

Digital Object Identifier (DOI)

S. Karger Publishers supports DOIs as unique identifiers for articles. A DOI number will be printed on the title page of each article. DOIs can be useful in the future for identifying and citing articles published online without volume or issue information. More information can be found at www.doi.org

Supplementary Material

Supplementary material is restricted to additional data that are not necessary for the scientific integrity and conclusions of the paper. Please note that all supplementary files will undergo editorial review and should be submitted together with the original manuscript. The Editors reserve the right to limit the scope and length of the supplementary material. Supplementary material must meet production quality standards for Web publication without the need for any modification or editing. In general, supplementary files should not exceed 10 MB in size. All figures and tables should have titles and legends and all files should be supplied separately and named clearly. Acceptable files and formats are: Word or PDF files, Excel spreadsheets (only if the data cannot be converted properly to a PDF file), and video files (.mov, .avi, .mpeg).

Author's Choice™

Karger's Author's Choice™ service broadens the reach of your article and gives all users worldwide free and full access for reading, downloading and printing at www.Karger.com. The option is available for a one-time fee of CHF 3,000.00, which is a permissible cost in grant allocation. More information can be found at www.karger.com/authors_choice.

NIH-Funded Research

The U.S. National Institutes of Health (NIH) mandates under the NIH Public Access Policy that final, peer-reviewed manuscripts appear in its digital database within 12 months of the official publication date. As a service to authors, Karger submits your manuscript on your behalf to PubMed Central (PMC) immediately upon publication. It usually receives a PMID within approximately a month and will appear in PMC after 12 months. For those selecting our premium [Author's Choice™](#) service, the usual embargo will be overridden, accelerating the accessibility of your work. More details on NIH's Public Access Policy are available [here](#).

Self-Archiving

Karger permits authors to archive their pre-prints (i.e. pre-refereeing) or post-prints (i.e. final draft post-refereeing) on their personal or institution's servers, provided the following conditions are met: Articles may not be used for commercial purposes, must be linked to the publisher's version, and must acknowledge the publisher's copyright. Authors selecting Karger's [Author's Choice™](#) feature, however, are also permitted to archive the final, published version of their article, which includes copyediting and design improvements as well as citation links.

Page Charges

There are no page charges for papers of up to 4 printed pages (i.e. 12 typewritten pages at 33 lines per page, 65 strokes per line, including tables, illustrations and references). Each additional complete or partial page is charged to the author at CHF 325.00.

Proofs

Proofs are sent to the corresponding author and should be returned with the least possible delay. Alterations other than the correction of printer's errors are charged to the author.

E-pub First

All articles are published electronically ahead of print with a DOI number and are supplemented later with the definite reference of the printed version. The articles become available immediately after the authors' approval to publication, with the added advantage of being citable much earlier than in print. Authors can influence the time of appearance by promptly returning the proofs.

Reprints

Order form and price list are sent with the PDF proofs. Orders submitted after the issue is printed are subject to considerably higher prices.

ANEXO I – NORMAS DA REVISTA JOURNAL OF THE AMERICAN GERIATRICS SOCIETY

Author Guidelines

The primary goal of the *Journal of the American Geriatrics Society (JAGS)* is to publish articles that are relevant in the broadest terms to the clinical care of older persons. The *Journal* only considers studies involving human participants. Such articles may span a variety of disciplines and fields and may be of immediate, intermediate, or long-term potential benefit to clinical practice. In the review process, equal weight will be placed on innovation and quality of the study design or review methodology. All inquiries about the *Journal* should be addressed to the *Journal of the American Geriatrics Society*, VA Greater Los Angeles Healthcare Systems, 11301 Wilshire Blvd., Bldg. 220, Room 309, Los Angeles, CA 90073; telephone (310) 482-3717; fax (310) 425-3296, email: jagseditorial@gmail.com

AUTHORSHIP AND DUPLICATE PUBLICATIONS

The *Journal* adheres to the Uniform Requirements for manuscripts Submitted to Biomedical Journals established by the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE; www.icmje.org), and authors should adhere to these requirements. The principles of this document, including those related to overlapping (duplicate) publication, authorship, and disclosure of potential conflict of interest, apply equally to manuscripts for consideration in this *Journal* or in a separate supplement.

All authors should meet the ICMJE criteria for authorship. In particular, for byline authors, authorship credit should be based on 1) substantial contributions to conception and design, or acquisition of data, or analysis and interpretation of data; 2) drafting the article or revising it critically for important intellectual content; and 3) final approval of the version to be published. Authors should meet conditions 1, 2, and 3. All persons designated as authors must qualify for authorship, and all those who qualify should be listed. The letter accompanying the manuscript should include the statement, "All authors meet the criteria for authorship stated in the Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals." Within the Acknowledgment section and under the subheading "Author's Contributions," all authors' specific areas of contributions should be listed. In addition, any writer or editor assisting the authors but who does not fulfill all criteria for authorship should be acknowledged in the manuscript, including a description of their role in the paper, affiliation(s), and source(s) of support. (For example, a professional or medical writer who prepares a manuscript on behalf of another author ("ghost writer") should not be listed as an author but his/her specific role should be stated in this section.)

Manuscripts purporting to contain original material will be considered for publication with the understanding that neither the article nor any of its essentials, including tables and figures, has been or will be published or submitted for publication elsewhere before appearing in this *Journal*. When submitting a paper, the author(s) should always make a full statement to the editor in chief about all submissions and previous reports that might be regarded as redundant, duplicate or overlapping significantly with the presently submitted paper to JAGS. The author(s) should also alert the editor in chief if the current (JAGS) research includes subjects about which a previous report has been published. Such research should be referred to and referenced in the JAGS paper. In the event that the research uses a database from which one or more other papers have been previously published, the manuscript submitted to JAGS need not reference all papers previously published from the database but should reference those previous papers that are pertinent to the submission. The editor in chief will assess the information provided by the author(s) and subsequently may request copies of such previously published, in-press, or submitted (to another journal) papers before further review is permitted. Details on what constitutes duplicate papers, why duplicate publications arise, and what steps might be taken with duplicate publications can be found in an editorial statement by Tobin MJ, "AJRCCM's Policy on Duplicate Publication," *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine* (2002; 166:433-434), which can be accessed on the Internet by logging on to <http://ajrccm.atsjournals.org/cgi/content/full/166/4/433>. In addition, a statement by the International Committee of Medical Journal Editors on "Redundant or Duplicate Publication" can be found in their paper, "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals," by logging on to www.icmje.org. This rule does not apply to abstracts or press reports published as a result of a scientific meeting. ALL MANUSCRIPTS MUST BE SUBMITTED

ON-LINE. Plagiarism is forbidden. Authors should be aware that the *Journal* uses anti-plagiarism software (iThenticate) to screen all manuscripts for plagiarism. Please carefully review and adhere to the instructions for submitting your papers posted on our Website: <http://mc.manuscriptcentral.com/jags>

All manuscripts will be initially reviewed by the editor in chief. If further review is deemed appropriate, the paper will be assigned to an associate or section editor. If the paper is judged to be suitable for possible publication, it will be sent to two or more external referees (reviewers) or, in rare instances, accepted outright with or without minor revisions. The *Journal* does not accept two-part articles involving clinical studies. Rarely, two-part papers may be accepted for review articles (e.g., Clinical Management of the Geriatric Patient, Geriatric Bioscience), if the editor in chief determines that the content or subject matter warrants such a lengthy review.

Authors may indicate the names of potential referees as well as those whom they wish not to review the paper, but the editor(s) will make the final choice. Manuscripts held for major revision will be retained for a *maximum of 60 days*; minor revision has 30 days. Authors who plan to resubmit but cannot meet this deadline should contact the editorial office; otherwise, the online system will prevent you from uploading the manuscript in the system and the paper may be withdrawn or rejected by the editor in chief. Other types of revisions have similar deadlines but the online system will not prevent you from uploading your paper if submission is delayed. If the authors fail to provide a response to a requested revision of their manuscript within 180 days, their paper will be automatically withdrawn.

The guidelines for publication conform to those of the International Committee of Medical Journal Editors "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals." The complete document appears in the *Annals of Internal Medicine* (1997;126:36–47) and the *New England Journal of Medicine* (1997;336:309–315). An explication of statistical guidelines is presented in John C. Bailar III and Frederick Mosteller, "Guidelines for Statistical Reporting in Articles for Medical Journals," *Annals of Internal Medicine* (1998;108:266–273), as well as American Medical Association, "AMA Manual of Style. A Guide for Authors and Editors". 10th edition. New York: Oxford University Press, 2007.

The research reported in submitted manuscripts must comply with the ethical rules for human experimentation that are stated in the Declaration of Helsinki (*JAMA* 1997;277:925–926), including approval of an institutional review board – or human experimentation committee –and informed consent. Authors **must** disclose this compliance in the Methods section of the manuscript.

WEBSITE SUBMISSION

Manuscripts must be submitted for review via the JAGS Website at: <http://mc.manuscriptcentral.com/jags>. Step-by-step instructions for formatting and uploading manuscripts are available on the opening screen of the site. In preparing for submission, place the text, tables, and figures in one file. Save your document, including text and graphic, as a Word document. **Type all manuscripts using a 12-point font size, set text margins at 1" from edge, insert page numbers and do a continuous line number on your manuscript from abstract to acknowledgment page only (exclude line numbers for references and graphics). Also, double-space all elements of the paper including abstract, text, references, tables, figures, and legends.**

TITLE PAGE

The title page should include all authors' names (first name, middle initial(s), last name), with highest academic degree(s) (no professional organizations, membership into society, or certification, e.g., FACP, FRCP, etc., except for AGSF) and all relevant institutional and corporate affiliations and titles of each author. Specify all funding sources (grants or institutional or corporate support) and the meeting, if any, at which the paper was submitted. **Also specify the name, address, telephone number, fax number, and e-mail address of the corresponding author and an alternate corresponding author (if there is more than one author).**

ABBREVIATED TITLE

On the title page, type, in 45 characters or less, the essence of the title should be used as a running head.

ABSTRACT

JAGS requires that abstracts of manuscripts submitted for the Clinical Investigations, Brief Reports, and Brief Methodological Reports sections be in a structured form conforming to guidelines published in the *Journal of the American Medical Association* (1998;280:23–24) and *Annals of Internal Medicine* (1990;113:69–76). Abstracts should include the following headings: Background/Objectives, Design, Setting, Participants, Intervention (if any), Measurements, Results, and Conclusion. Specify the sample size. Emphasize clinical relevance in the abstract's conclusion. Abstract should be limited to 275 words or less for these 3 sections. Full papers submitted to other sections (e.g., Nursing, Geriatric Bioscience, Education and Training, etc.) require a simple narrative abstract of 250 words or less summarizing the content of the paper. Controversies in Geriatrics and Gerontology, Editorials, Old Lives Tales, Clinical Trials and Tribulations, and Letters to the Editor do not require an abstract.

KEY WORDS

Authors should include 3 to 5 key words at the end of the abstract for all papers except Editorials, Old Lives Tales, Clinical Trials and Tribulations, and Letters to the Editor.

TEXT

All clinical studies should include the following headings: INTRODUCTION, METHODS, RESULTS, DISCUSSION, ACKNOWLEDGMENTS, REFERENCES, and GRAPHICS (tables, figures or appendices) in that order. Start each of these sections on a new page. Statistical methodology should be part of the METHODS section. Do not use "NS" for nonsignificant values. Provide nonsignificant and significant *P*-values to no more than three places past the decimal. Use $P < .001$ for all *P* values less than .001. For percentages use no more than one place past the decimal. In referring to cases with 50 or fewer subjects, state number ("one of four" cases), rather than percentages (25%). For instruments or scales, indicate normal range in the table (footnote) or figure as well as in the text if reference is made to these in this section.

REFERENCES

Number all references in the sequence in which they first appear in the text and use the style indicated in the "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals." Abbreviate the title of the journal as done in the Index Medicus or PubMed. Do not italicize or add periods to the names of the journals. Include only references that are accessible to all readers. For source material obtained online, indicate author, title, website address and date accessed. Abstracts are not acceptable as references unless they have been published in established sources within the preceding 4 years. **Cite only the names of the first three authors followed by "et al." and do not place periods after initials of first and middle names or commas between surnames and first names.** Include both the first and last pages of all references. Manuscripts accepted for publication may be referenced with page numbers indicated as 000–000. Do not cite by number or list as a reference personal communications or manuscripts in preparation or submitted for publication. Such material and attribution may be included in the text, if necessary. References to software programs should also be included in the text ("Analyses were performed using SAS, version 6.0 (SAS Institute, Inc., Cary, NC)").

Examples of appropriate reference style:

Journal

1. Mulrow CD, Aguilar C, Endicott JE et al. Quality-of-life changes and hearing impairment: A randomized trial. *Ann Intern Med* 1990;113:188–194. (NOTE: List only first 3 authors' names and then "et al.").

Book Chapter

1. Davidson JM. Sexuality and aging. In: Hazzard WR, Andrew R, Bierman EL et al., eds. *Principles of Geriatric Medicine and Gerontology*, 2nd Ed. New York: McGraw-Hill, 1990, pp 108–118.

Book

1. Kane RL, Ouslander JG, Abrass IB. *Essentials of Clinical Geriatrics*, 2nd Ed. New York: McGraw-Hill, 1990.

Online

1. ACR Fact Sheet. Osteoarthritis 2000. American College of Rheumatology (online). Available at: www.rheumatology.org/patients/factsheets/oa/html. Accessed August 23, 2002.

TABLES

Tables (as well as Figures and Appendices) should appear after the References section and not in the body of the text or as a separate document. Number all tables with Arabic numbers consecutively in order of appearance. Type each table double-spaced on a separate page. Title should have the first letter of each word as upper case (except prepositions, conjunctions and articles). Every table must have a caption typed above the tabular material. Symbols for units should be used only in column headings. Every column must have a description or heading. Do not use internal horizontal or vertical lines; place horizontal lines between table caption and column headings, under column headings, and at the bottom of the table (above the footnotes, if any). Do not submit tables as photographs. Indicate normal range for instruments or scales. All abbreviations used in tables must be spelled out as footnotes.

FIGURES

Figures should appear after the References section and either before or after tables, but not as a separate document. Legends for figures should be presented in numerical order on a separate page(s), not on or below the figure. All abbreviations must be spelled out on the figure legend. Indicate normal range for instruments or scales. Original artwork or figures may be requested upon acceptance of the manuscript for publication and will not be returned. Figures should be in black and white. The cost of publishing illustrations in color must be borne by the author (presently \$1,500 per figure for the hard copy and \$100 for the online version of the paper).

There are three preferred formats for digital artwork submission: Encapsulated PostScript (EPS), Portable Document Format (PDF), and Tagged Image File Format (TIFF). We suggest that line art be saved as EPS files. Alternatively, these may be saved as PDF files at 600 dots per inch (dpi) or better at final size. Tone art, or photographic images, should be saved as TIFF files with a resolution of 300 dpi at final size. For combination figures, or artwork that contains both photographs and labeling, we recommend saving figures as EPS files, or as PDF files with a resolution of 600 dpi or better at final size. More detailed information on the submission of electronic artwork can be found at <http://authorservices.wiley.com>.

FOOTNOTES

Footnotes should be used for author affiliations and for explanatory or clarification remarks in tables and figures. Please use lower case English alphabet starting with a, b, c, etc., in superscript format RATHER THAN superscript symbols (as previously instructed by JAGS). Parenthetical statements are more appropriate than footnotes in the text and should be placed in the text within parentheses.

ACKNOWLEDGMENTS

The corresponding author must affirm that he or she has listed everyone who contributed significantly (see section on "Authorship and Duplicate Publication") to the work and has obtained written consent from all contributors who are not authors and are named in the Acknowledgment section. The Acknowledgment section should clearly list three sections: Conflict of Interest, Author Contributions, and Sponsor's Role as described below. It is ultimately the corresponding author's responsibility to notify all coauthors that the manuscript has been submitted to JAGS, of all changes in the revised versions, and the final decision of the Editor in chief of JAGS on the paper, as well as assuring the correct spelling of all authors, order of authorship, and author affiliations.

Conflict of Interest: The issue of conflict of interest (COI) is of great importance to JAGS in order to maintain integrity, accuracy and objectivity in material submitted for publication.

1. There must be adequate and full disclosure of potential conflicts. To facilitate this process, the following definitions should be helpful:

Honoraria								
Speaker Forum								
Consultant								
Stocks								
Royalties								
Expert Testimony								
Board Member								
Patents								
Personal Relationship								

*Authors can be listed by abbreviations of their names.

For all "Yes" responses, provide a brief explanation here:

Author Contributions: Indicate authors' role in study concept and design, acquisition of subjects and/or data, analysis and interpretation of data, and preparation of manuscript. (See section on "Authorship and Duplicate Publication")

Sponsor's Role: Indicate sponsor's role in the design, methods, subject recruitment, data collections, analysis and preparation of paper.

UNITS OF MEASUREMENT

Although *JAGS* accepts the use of conventional units of le Système International d'Unités (SI), we do prefer units of measurements most familiar to those working in the United States (e.g., mg/deciliter, cells/microliter instead of mg/liter, cells/liter).

ABBREVIATIONS

Abbreviations are acceptable provided they are commonly used or well recognized, but the use of many abbreviations in a single manuscript is discouraged. Abbreviations should be given only if the term is used more than one time. Terms must also be spelled out and followed by the abbreviation in parentheses when first used in the abstract and text. Terms must also be spelled out in tables and figures, with abbreviations provided in parentheses immediately following first use of the term or as footnotes. Abbreviations of units of measurement are not discouraged, but units of time should not be abbreviated except in virgule construction (e.g., 40 mg/d).

DRUG NAMES

Generic names should be used whenever possible. Brand names may be included in parentheses after a generic name the first time it is used.

PERMISSIONS

Use or reproduction of materials from other sources (e.g., journal, book) must be accompanied by a statement or document from both author and publisher giving permission to *JAGS* for reproduction.

ACCEPTED MANUSCRIPTS

Authors are instructed to e-mail a copy of their final accepted paper in MS Word to the JAGS editorial staff:

jags@mednet.ucla.edu and jagsoffice1@gmail.com The Exclusive License Form (ELF – copyright form) should be faxed to the Editorial Office: (310) 425-3296, scanned and emailed to jags@mednet.ucla.edu, or mailed to Journal of the American Geriatrics Society, VA Greater Los Angeles Healthcare System, 11301 Wilshire Blvd., Bldg. 220, Room 309, Los Angeles, CA 90073

EARLY VIEW

This feature will allow us to publish articles online in advance of print approximately 8 weeks after the manuscript is received by the Publisher. Articles will be copyedited, typeset, and posted in their final form, with all author and editor in chief corrections incorporated. Volume and page numbers will not be added until after the article is assigned to an issue, but articles will be fully citable using the DOI (digital object identifier) number provided with the article. To ensure that your article is posted as quickly as possible, please return your corrected proofs to the proofreader within 48 hours of receipt. Please note that Old Lives Tales, Clinical Trials and Tribulations, and Letters to the Editor will not be included in the EarlyView section.

EMBARGO POLICY

The *Journal* proposes two embargo dates – the EarlyView publication and the hard-copy publication date. The EarlyView embargo date will vary from issue to issue according to the dates the papers have been posted on the *Journal's* website with their unique citable DOI number. This date will also be considered as the embargo date for that particular article. Authors can access the EarlyView papers by logging on to: [http://onlinelibrary.wiley.com/journal/10.1111/\(ISSN\)1532-5415/earlyview](http://onlinelibrary.wiley.com/journal/10.1111/(ISSN)1532-5415/earlyview). For printed issue, press releases will be sent out to reporters on the last day of the preceding month, with an embargo date of the 9th of the month printed at the top. Authors must contact the JAGS editorial office before they do a press release.

CATEGORIES OF ARTICLES

To maximize the number of pages that can be published and yet maintain high quality, there are strict limits on the total number of a) text words, b) graphics (tables, figures and appendices combined), and c) references. Authors should carefully read the instructions on abstract format and the limits on the length of the submission based on total text words, number of graphics, and number of references. FAILURE TO ADHERE TO THESE GUIDELINES AND LIMITS WILL RESULT IN REJECTION OF THE PAPER.

Sections of JAGS include Clinical Investigations; Brief Reports; Brief Methodological Reports; Clinical Management of the Geriatric Patient; Geriatric Bioscience; Nursing; Education and Training; Dental and Oral Health; Aging and Surgery; Drugs and Pharmacology; Ethics, Public Policy, and Medical Economics; International Health Affairs; Ethnogeriatrics and Special Populations; Models of Geriatric Care, Quality Improvement, and Program Dissemination; Updates in Aging; Controversies in Geriatrics and Gerontology; Special Articles; Editorials; Old Lives Tales; Clinical Trials and Tribulations; and Letters to the Editor (Case Reports, Research Studies, and Comments/Responses).

Section	Abstract	Text words	References	Graphics (appendix/table/figure)
Clinical Investigations	Structured	3,500	50	5
Brief Reports	Structured	2,500	30	3
Brief Methodological Reports	Structured	2,500	30	3
Clinical Management of the Geriatric Patient	Narrative	5,000	50	5
Geriatric Bioscience	Narrative	3,000	30	3
Ethics, Public Policy, and Medical Economics	Narrative	3,000	30	3
Nursing	Narrative	3,000	30	3

Education and Training	Narrative	3,000	30	3
Dental and Oral Health	Narrative	3,000	30	3
Aging and Surgery	Narrative	3,000	30	3
Drugs and Pharmacology	Narrative	3,000	30	3
Ethnogeriatrics and Special Populations	Narrative	3,000	30	3
International Health Affairs	Narrative	3,000	30	3
Models of Geriatric Care, Quality Improvement, and Program Dissemination	Narrative	4,000	50	5
Updates in Aging	Narrative	3,000	30	3
Controversies in Geriatrics and Gerontology	None	1,500	10	2
Special Articles	Narrative	3,000	30	3
Editorials	None	1,500	20	2
Old Lives Tales	None	750	10	1
Clinical Trials and Tribulations	None	750	10	1
Letters to the Editor	None	750	10	1

Clinical Investigations

These are reports of investigator-initiated research that presents new information. Information that is already available in textbooks or as common knowledge will not be considered for review. The subject matter can be very broad as long as it is relevant to aging conditions in humans.

To improve the quality of reporting randomized, controlled trials (RCTs), it is recommended that authors adhere to the CONSORT (Consolidated Standards of Reporting Trials) statement, which consists of a checklist and flow diagram that authors can use to report RCTs. Authors should refer to the paper, Altman DG, Schulz KF, Moher D et al. The revised CONSORT statement for reporting randomized trials: Explanation and elaboration. *Annals of Internal Medicine* 2001; 134:663-694.

Brief Reports

These are clinical-investigation or clinical-experience reports whose findings are somewhat preliminary or a clinical study reporting on narrowly focused or limited findings.

Brief Methodological Reports

These are reports on the use of a variety of self-reported, administered, or performance-based measures and scales that assess physical, functional, mood, cognitive, and social domains; the utility of a new method or approach to investigate a clinical or health problem in older people; or an innovative model or design to research issues related to healthcare delivery and service.

Clinical Management of the Geriatric Patient

These papers are clinically oriented reviews with a focus on the diagnosis, treatment and prevention of clinical problems occurring in older adults. The review should include a **brief** discussion on epidemiology and current concepts on pathogenesis as it applies to aging, with a **major focus** on how aging impacts clinical manifestations, diagnostic approach, therapeutic intervention and prevention measures.

Geriatric Bioscience

Geriatric Bioscience articles are reviews of pathophysiology, pathogenesis or basic scientific information relevant to a geriatric condition or problem. The paper should be written in a style, format and language understandable to our readers, who are predominantly clinicians and not basic scientists. This section should not focus on animal studies.

Ethics, Public Policy, and Medical Economics

These papers are concerned with ethical issues and economic, political, environmental, or other issues of public policy that are particularly relevant to the practice of geriatric medicine. The editors will solicit papers on public policy issues, but spontaneous submissions are also encouraged.

Nursing

Papers focusing on issues related to nursing research, care, training, education, policies, etc., will be published in this section. However, research papers on nursing will generally be published in other sections.

Dental and Oral Health

This section is intended to address dental care, oral health and oral disease as they impact the geriatric population. With a focus on geriatric dental and oral health issues, papers can address such areas as original research, program development, dental care in non-traditional settings, workforce issues and reviews of topics that would add new knowledge or recommendations for care.

Aging and Surgery

This section is seeking papers of high quality research from leaders within the surgical community focusing on geriatric care, including outcomes of surgical procedures with respect to age and in comparison to younger counterparts. Papers focusing on issues of education/training, healthcare delivery and models, and policy focusing on geriatric surgery are also welcomed.

Education and Training

This section includes papers on models of education and training, research in education, policies related to geriatric training and education, and other issues relevant to teaching.

Drugs and Pharmacology

Reviews on specific drugs or class of drugs, pharmacology, drug prescribing, and related topics as they apply to older adults, as well as current information on drugs from the Food and Drug Administration, and pharmaceutical companies, will be published in this section. We discourage papers that appear to be a marketing forum for a specific drug or agent.

Ethnogeriatrics and Special Populations

Papers that focus on issues related to health, disease, disability, healthcare delivery, education, training, research, policies and ethics that are especially unique or relevant to minority and ethnic groups or special populations (e.g., older victims or crime, older prisoners) will generally be published in this section. However, papers involving these groups and special populations may also be published in other sections of *JAGS* depending on the emphasis and general applicability of the information.

International Health Affairs

Current topics on geriatrics and related issues in countries outside the United States will be published in this section. Papers for this section should be focused on models and systems of healthcare delivery for older adults for countries or the country in question. Also, manuscripts on education/training, economics, politics, policies, and ethics—all related to aging - are also welcomed. In the case of specific country profiles, authors may find it helpful to view the outline and the standard table of country profile in *JAGS* 2000;48:980-984. Clinical research papers should be submitted in other appropriate sections of the *Journal*.

Models of Geriatric Care, Quality Improvement, and Program Dissemination

This section offers the opportunity to disseminate information on effective model programs or services. Descriptive information on the “who, what, and how” of innovative programs with evidence relevant to effectiveness and potential for replication by others is sought. Pure feasibility studies are not appropriate for this section. Review criteria include: (1) *Innovation*: does this model add substantially to existing models of geriatric care? (2) *Model Description*: is the model described in sufficient detail to understand what was done? (3) *Effectiveness*: is there evidence of effectiveness of the model for clinical outcomes? Randomized clinical trials are welcome but not required. (4) *Evidence of feasible implementation* and/or dissemination to other

settings. Our goal is to offer a venue for the timely sharing of innovative and effective approaches to important clinical problems in the care of older patients.

Updates in Aging

This section seeks a concise review on a wide range of topics in aging and long-term care that may not fit in any of the existing sections in *JAGS*. Examples might be, "How does aging affect autism?"; "Does aging alter the effects of traumatic brain injury?"; "What is future role of aging women in society?"

Controversies in Geriatrics and Gerontology

For this section, a different format will be implemented. We seek to discuss a topic/issue in geriatrics and gerontology (as well as long-term care) that involve two experts with opposing views on the subject matter. An example might be, "Should we aggressively treat systolic hypertension in the very old?" Each invited expert will submit his/her perspective (1,500 text words/10 references/2 graphics for each expert); as well as a rebuttal to the opposing viewpoint (500 text words/5 references/1 graphic). The assigned associate editor will write a brief (250 words or less) narrative abstract to introduce the topic/issue.

Special Articles

This section includes papers on history; recommendations for preventive strategies in geriatrics; reports of meetings, task force, or committee activities; guidelines and position statements by the American Geriatrics Society; and other topics relevant to aging but not conforming to any of the *Journal's* existing sections.

Editorials

Editorials are invited comments on a specific paper published in the *Journal*. Occasionally, opinions or commentary by qualified and respected individuals on a highly relevant topic or controversial issue pertinent to aging will be published in this section at the discretion of the editor in chief.

Clinical Trials and Tribulations

This section features periodic stories about how professionals with healthcare training and expertise have found the healthcare system difficult to negotiate. These stories often come from persons who have enrolled in the national organization, Professionals with Personal Experience in Chronic Care (PPECC). The underlying idea is that if health professionals in the field cannot make the healthcare system function as it should, it is certainly in disrepair. Hopefully, these stories will build a coalition and action for change. For more information about PPECC, visit their website (www.ppecc.org).

Old Lives Tales

We invite readers to submit stories, experiences, or incidences which have instructed, saddened or gladdened us as physicians and, above all, taught us something about the care of the older adult. When describing a particular patient, permission should be received in writing from him/her (mailed with the manuscript and diskette) or the personal details changed enough to conceal the person's identity.

Letters to the Editor(three categories: Case Reports, Research Studies, and Comments/Responses)

Letters to the Editor should be brief. One type of letter is an objective, constructive, and educational critique of a previously published article in *JAGS* (Comments/Responses); these should be submitted within 3 months after publication of the original paper. The editorial office may submit letters critiquing a paper published in *JAGS* to the authors of the paper, who will be given 1 month to reply to the critique. The letter and the reply will usually be published in tandem. Other letters may discuss matters of general interest to physicians involved in the care of older patients, interesting clinical or research findings, or brief commentary on any aspect of aging as it relates to humans. Case reports and preliminary research findings may also be appropriate for this section. Generally, we do not publish letters critiquing papers published in other journals.

Supplements

The *Journal* invites a collection of papers to be published as a Supplement. The supplement proposal should be based on symposia or other presentations at national scientific meetings devoted to aging or from projects or initiative with the potential

for a national impact on the health care and quality of life of older adults. The following are criteria or requirements for a supplement publication.

1. Articles contained in the supplement must meet the same peer review criteria that are applied to regular issues of the *Journal*.
2. Proposals for supplements that focus on one therapeutic diagnostic agent, product, or strategy to the exclusion or minimization of other options will not be considered.
3. Proposed supplements must have an identified source of support for publishing costs.
4. Authors must provide a statement that the content of the paper represents their work/opinion, and not that of the sponsoring agents, and they verify the accuracy of the content.
5. The editor in chief of the *Journal*, in consultation with the editorial board, is responsible for reviewing and accepting proposals for supplements. In addition, sponsoring agents for the supplement will not be permitted to alter or edit any parts of the manuscript without written permission from the editor in chief.
6. The editor in chief reserves the right to reject one or more papers or the entire supplement if it fails to meet our standards.

PERMISSION TO REPRINT

Requests for permission to republish material previously printed in the *Journal of the American Geriatrics Society* in another journal should be directed to PermissionsUS@wiley.com

TRANSFER OF COPYRIGHT AND AUTHOR PARTICIPATION AGREEMENT

The Exclusive License Form (ELF) must be signed and completed by the corresponding author on behalf of all co-authors. (Authors with exceptions, such as U.S. government employees, should disclose their exception.) The signed statement should be faxed or emailed to the JAGS editorial office upon initial online submission of their manuscript and is required upon acceptance of a manuscript for publication. (ELF sheet can be downloaded from our online site: <http://mc.manuscriptcentral.com/jags>)