

HERBERT RUBENS KOCH FILHO

**NÍVEL DE INFORMAÇÃO SOBRE O ENVELHECIMENTO HUMANO
ENTRE OS ACADÊMICOS DO ÚLTIMO ANO DOS CURSOS DE
ODONTOLOGIA DE CURITIBA – PARANÁ**

**CURITIBA
2006**

HERBERT RUBENS KOCH FILHO

**NÍVEL DE INFORMAÇÃO SOBRE O ENVELHECIMENTO HUMANO
ENTRE OS ACADÊMICOS DO ÚLTIMO ANO DOS CURSOS DE
ODONTOLOGIA DE CURITIBA – PARANÁ**

**Dissertação apresentada ao Programa
de Pós-graduação em Odontologia da
Pontifícia Universidade Católica do
Paraná, como parte dos requisitos
para obtenção do título de Mestre em
Odontologia, Área de Concentração
em Saúde Coletiva.**

**Orientador: Professor Doutor Júlio César
Bisinelli**

**CURITIBA
2006**

K76n
2006 Koch Filho, Herbert Rubens
Nível de informação sobre o envelhecimento humano entre os acadêmicos do último ano dos cursos de odontologia de Curitiba – Paraná / Herbert Rubens Koch Filho ; orientador Júlio César Bisinelli. – 2006.
121 f. : il. ; 30 cm

Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, 2006
Inclui bibliografia

1. Envelhecimento. 2. Odontologia – Estudo e ensino. 3. Estudantes de Odontologia. I. Bisinelli, Júlio César. II. Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Programa de Pós-Graduação em Odontologia. III. Título.

CDD 20. ed. – 612.67
617.60711

À minha esposa, Luiza, que me auxiliou e incentivou, desde a inscrição e seleção para o ingresso no programa até o presente momento. Abnegou-se de minha companhia sem cobranças, permitindo-me o egoísmo necessário. Esteve sempre com uma palavra de amor e carinho quando tudo parecia nebuloso. Dedicou o seu conhecimento de Mestre em Odontologia para colaborar, de forma muito particular, com a realização deste trabalho. Mantém-se ao meu lado com muita sabedoria, como mulher; companheira e cúmplice. Pelo seu inestimável amor e carinho, compartilho desta alegria com você.

Aos meus queridos e amados pais Rubens (Paizão) e Fernanda (Minha Leoa), pela educação e amor que permitem que eu possa andar pelo mundo de cabeça erguida. Por terem me ensinado, em teoria e vivência prática, o sentido da família e da vida. Por nunca terem me abandonado, nem terem estado ausentes, nos bons e nos maus momentos. Pelo incondicional amor que sentimos, compartilho também com vocês, meus amados pais, o resultado de mais esta etapa de vida. Tenho muito orgulho de ser seu filho.

De maneira especial este parágrafo conta com a dedicatória feita ao senhor meu pai, professor Herbert Rubens Koch, pela brilhante carreira no magistério e no serviço odontológico. Por ter sido excelente Mestre no ensino da Odontologia, com responsabilidade, ética, e dedicação; típicos de um homem virtuoso e de bons costumes.

Aos meus avós Marino e Margarida, que souberam formar uma grande família cheia de amor. Pelo jeito de serem avós, lindos, amáveis, carinhosos e muito amados por todos nós.

Ao meu super-irmão Marino, minha cunhada Andréa, meus lindos sobrinhos Marinho e Eduarda (Massinha). A vida não tem sentido sem o amor; e vocês fazem minha vida repleta de sentido. A você meu amado irmão, em especial,

por ter me protegido e me guiado, no colégio, nas amizades, nas primeiras festas e por ser um exemplo de boa juventude, afinal nunca deixaremos de ser jovens.

Aos meus afilhados Marininho, Duda (Massinha), Caroline e Letícia.

Aos meus amigos Cid, Evandro, Rogério Gordo, Fabiano Cascão, Paulinho Barnney, Iran Gaio, Ronald, Luciana, Luiza, Ernani, Alcion, Giorgia, Juliatto, Franchesca, Maninho, Pitoca, Amanda e “Minha Amiga”. Ter um amigo é ter um tesouro, e dizem que amigos podem ser contados tais quais os dedos de uma mão ... para toda regra existe uma exceção; e no meu caso abstenho-me do “ditado popular” dos dedos, mas valorizo a da riqueza que vocês representam.

Aos meus alunos, que nos desafiam e nos fazem crescer; nos alegram e nos motivam.

Ao meu compadre soldado Marcos (Bombeiro) e sua linda família.

Ao Senhor meu Deus, por ter me proporcionado a vida, tal qual ela se apresenta. Por me dar força para superar dificuldades. Por me dar consolo nas horas difíceis. Pelas alegrias e pelo perdão. Pelo meu corpo, minha saúde e meu trabalho. Por poder voltar algumas linhas e poder agradecer ao Senhor, a riqueza que é a minha vida. Por ter me permitido a fé em minha santinha de Fátima. Por me permitir chamá-lo de Pai. Nada é justo se não for atribuído ao Senhor, que é tão bom e conhecedor das necessidades dos homens. Muito obrigado, meu Senhor e meu Deus.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

Ao Professor Doutor Júlio César Bisinelli, que mostrou-se um orientador competente, companheiro e motivador. De admirável intelecto e simplicidade de comunicação. Por todo o respeito que lhe devo, permita-me destacar a primeira vez em que o senhor leu o trabalho; e que após lê-lo, devolveu-me as páginas ainda soltas e rabiscadas, sorriu e contou-me uma estória sem sentido, e aí me disse: “Vá para casa, pense nesta estória e durma. Amanhã releia seu trabalho”. Demorei para dormir naquela noite, mas no outro dia acordei para o nosso trabalho. Obrigado pela dedicação.

Ao Doutor Alcion Alves da Silva, pelas conversas esclarecedoras.

AGRADECIMENTOS

À Pontifícia Universidade Católica do Paraná, pela oportunidade de realizar o Mestrado Acadêmico em Odontologia, colaborando com meu aprimoramento técnico, científico, intelectual e pessoal.

Ao Professor Doutor Sérgio Vieira, diretor do programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* pelo empenho que dedica ao Mestrado Acadêmico em Odontologia, em todas as áreas de concentração. Fica registrado o reconhecimento pelo seu comprometimento, competência e capacidade em tornar possível o sonho de muitas pessoas.

À Professora Doutora Simone Tetu Moysés, responsável pela área de concentração em Saúde Coletiva, que estimulou a discussão e participação em grupo, respeitando a individualidade de cada aluno. Pelos carinhosos e-mails que sempre iniciaram com a seguinte frase: “Meus queridos”.

Ao Professor Doutor Samuel Jorge Moysés pelos abraços, pela disposição, pela compreensão e pela inestimável sabedoria.

À professora Doutora Beatriz Helena Sottile França pelas contribuições que fez ao trabalho. Pela sua inesquecível aula de Bioética.

Ao Professor Léo Kriger pela amizade e carinho, por compartilhar seus conhecimentos conosco.

Ao Professor Ernesto Josué Schmidt, pelas brilhantes aulas de Saúde Coletiva do 4º período.

Ao Professor Doutor Sérgio Aparecido Ignácio, pela sua genialidade e competência em auxiliar nas análises estatísticas deste estudo.

Aos professores das áreas conexas, pelo convívio e contribuições na formação deste Mestrado.

À secretária Neide Reis Borges, pela maneira gentil, educada e carinhosa com que trabalha e presta auxílio a todos.

Aos colegas de Mestrado: Antônio, Marilisa, Zila, Ana Cris, Chris, Ivana e Tininha, agradeço a amizade, pelo auxílio, pelos momentos que passamos juntos e pelos conhecimentos que dividimos.

Aos colegas de Mestrado das áreas conexas, pela amizade, pelo respeito e pela convivência.

Ao colega Marcos Kenzo Takahashi, que nunca mede esforços para prestar auxílio a alguém. Imbatível Marquinhos, agradeço as vezes em que pude confiar meus pensamentos e sentimentos a você. Obrigado pelas boas risadas.

Ao Professor Luis Pilotto, excelente mestre para seus alunos, cirurgião-dentista para seus pacientes, marido para sua amada Alice, pai para seus filhos, avô para seus netos, amigo para todos. Artista e Escritor é dotado de muito valor humano. Obrigado por poder me dar a honra de ser seu amigo.

*“Algumas das mais belas qualidades do cirurgião-dentista (talvez as mais belas) são as que estão além da competência técnica; são a dedicação, a capacidade de comunicação, o amor, a valorização e o respeito pelo ser humano”.
“O sucesso do nosso trabalho está na observação de uma série de pequenos detalhes”.*

Dr. Herbert Rubens Koch.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Questionário <i>Facts on Aging Quiz (FAQ)</i> , modificado por Cerri e Bolzani (2004).....	31
Quadro 2 : Distribuição de frequência dos acertos nas respostas em relação a cada questão.....	35
Quadro 3 : Estatística descritiva dos acertos produzidos pela população em relação a cada questão (Q), segundo as IES.....	36
Quadro 4 : Estatística descritiva dos acertos produzidos pela população em relação a cada questão, segundo os gêneros.....	37
Quadro 5 : Estatística descritiva dos acertos produzidos pela população em relação a cada questão, segundo os grupos de idade.....	39

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 : Máximo e mínimo de acertos produzidos pela população estudada segundo as IES.....	36
Tabela 2 : Estatística descritiva do maior e do menor número de acertos segundo os gêneros.....	38
Tabela 3 : Estatística descritiva do maior e do menor número de acertos segundo os grupos de idade.....	38
Tabela 4 : Acadêmicos de odontologia das faculdades de Curitiba matriculados no último ano em 2006 em relação à oferta de vagas/ano.....	42
Tabela 5 : Acadêmicos dos cursos de Odontologia de Curitiba matriculados no último ano em 2006, em relação à idade cronológica.....	43

SUMÁRIO

LISTA DE QUADROS.....	viii
LISTA DE TABELAS.....	ix
RESUMO.....	xii
ABSTRACT.....	xiii
1 INTRODUÇÃO.....	1
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	4
3 OBJETIVOS.....	29
3.1 Geral.....	29
3.2 Específicos.....	29
4 MÉTODO.....	30
4.1 População.....	32
4.2 Coleta de dados.....	32
4.3 Análise de dados.....	33
5 RESULTADOS.....	34
6 DISCUSSÃO.....	40
7 CONCLUSÃO.....	49
REFERÊNCIAS.....	50
APÊNDICES.....	58
Apêndice A - Gráficos da pesquisa.....	58
Apêndice B - Tabelas da pesquisa.....	94
ANEXOS.....	115

Anexo A - Carta de aceite do Comitê de Ética em pesquisa.....	115
Anexo B - Declaração da autorização para pesquisa da UFPR.....	116
Anexo C - Declaração da autorização para pesquisa da TUIUTI.....	117
Anexo D - Declaração da autorização para pesquisa da UNICENP.....	118
Anexo E - Termo de consentimento livre e esclarecido.....	119
Anexo F - Facts on Aging Quiz- FAQ.....	121

RESUMO

As mudanças no perfil demográfico brasileiro apontam um acelerado envelhecimento da população. O objetivo deste trabalho foi avaliar o nível de informação sobre o envelhecimento humano entre estudantes de Odontologia. Foram avaliados 294 estudantes, matriculados no último ano dos cursos de Odontologia no ano de 2006, na cidade de Curitiba, sendo 31,98% homens (n=94) e 68,02% mulheres (n=200). Foi realizado um estudo transversal, e os dados obtidos através do Questionário de Palmore (1977), modificado e adaptado à realidade brasileira por Cerri e Bolzani (2004), foram analisados pelos testes de Levene, de Tukey *HSD*, de ANOVA e pelo teste t de *Student*. Os resultados demonstraram uma média de acertos de 14,49, conferindo um escore de 63,00% em relação ao questionário. O gênero masculino produziu uma média de acertos de 14,73% e o feminino de 14,38. Em relação aos grupos etários, G1 (idade até 22 anos) obteve uma média de acertos de 14,62, enquanto G2 (idade de 23 anos ou mais) apresentou uma média de 14,34. O maior escore verificado foi de 91,30% (21 acertos) enquanto que o menor foi de 34,78% (8 acertos). A questão com maior frequência de acertos foi a Q21 com uma média de 96,59%, e com o maior número de erros foi a Q23, com uma média de 13,60 de acertos. Concluiu-se que os estudantes de Odontologia avaliados possuem um conhecimento mediano a respeito do envelhecimento humano. Sugere-se a realização de pesquisas que investiguem a população idosa abrigada em instituições de longa permanência no Brasil, bem como a avaliação dos conhecimentos dos acadêmicos de Odontologia de outras IES brasileiras sobre o envelhecimento humano.

Palavras-chave: Envelhecimento. Nível de conhecimento. Estudantes de Odontologia.

ABSTRACT

The changes in Brazilian demographic profile point to a quick aging of the population. In this work the objective was to evaluate the level of information on human aging among Dentistry students. There were 294 students evaluated, enrolled in the last year of Dentistry courses, in the year 2006, in the city of Curitiba, being 31.98% men (n=94) and 68.02% women (n=200). A cross study was carried out and the results obtained through Palmore Questionnaire (1977), modified and adapted to the Brazilian reality by Cerri and Bolzani (2004), were analyzed by Levene, Tukey *HSD*, ANOVA tests and by Student *t* test. The results demonstrated an average of hits of 14.49, producing a score of 63.00% in relation to the questionnaire. The male group produced an average of hits of 14.73 and the female group 14.38. In relation to the age groups, G1 (age up to 22 years old) obtained an average of hits of 14.62, while G2 (age of 23 years old or more) obtained an average of hits of 14.34. The highest score presented was 91.30% (21 hits), whereas the lowest was 34.78% (8 hits). The question presenting the highest frequency of hits was Q21, with an average of 96.59%, and the highest number of mistakes was Q23, with an average of hits of 13.60. One can conclude that the Dentistry students evaluated have a medium knowledge as to human aging. We suggested investigative inquiries on old population sheltered at long permanence institutions in Brazil, as well as evaluations of Dentistry academicians knowledge in other Brazilian Universities on human aging.

Key-words: Aging. Knowledge level. Dentistry students.

1 INTRODUÇÃO

A busca da compreensão sobre a velhice e sobre as modificações decorrentes do envelhecimento teve início em civilizações antigas, tendo sido, este fenômeno, interpretado e valorizado de diferentes modos em relação ao momento histórico de cada civilização, à sua situação social e à concepção filosófica e religiosa (SANTOS, 2001; FREITAS *et al.*, 2002; LEME, 2005).

O aumento do tempo de vida da população no século XX constitui o fato mais significativo observado no âmbito da saúde pública mundial (MOREIRA; SILVA; LIMA, 2002; VERAS; CALDAS, 2004).

Dados epidemiológicos registram o aumento da população idosa em todo mundo em decorrência da diminuição das taxas de mortalidade e declínio da fecundidade (BRUNETTI; MONTENEGRO, 2002; FREITAS *et al.*, 2002; PASCHOAL, 2005). A melhoria na qualidade de vida, somada ao avanço da ciência e da tecnologia aplicadas à área da saúde, faz com que a população idosa represente o segmento populacional que mais cresce em termos proporcionais (KINA *et al.*, 1996; CORMACK, 2002).

A pirâmide etária da população humana deve apresentar, no ano de 2050, uma sensível mudança em seu formato, passando de uma presente base mais ampla, representada pelos grupos mais jovens, para um formato geral mais retangular, onde observa-se uma equivalência entre o número de indivíduos nas várias faixas de idade (WERNER *et al.*, 1998). Em relação ao Brasil, estima-se que em 2025 será o sexto país do mundo em população idosa, com cerca de 30 milhões de idosos, o equivalente à 15% da população total (SALIBA *et al.*, 1999; CORMACK, 2002; SILVA, 2005).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), define a população idosa, em países desenvolvidos, como sendo aquela que apresenta 65 anos ou mais de idade; enquanto para os países em desenvolvimento este corte etário se dá aos 60 anos (PEREIRA *et al.*, 2003; SILVA, 2005). No entanto, é difícil caracterizar uma pessoa como sendo idosa utilizando apenas o critério da idade, pois paralelamente à evolução cronológica, coexistem fenômenos biológicos, psíquicos e sociais,

importantes determinantes na percepção da idade e do envelhecimento (CORMACK, 2002; PEREIRA *et al.*, 2003).

O envelhecimento populacional promove transformações profundas na sociedade, com mudanças na estrutura familiar, no mercado de trabalho e nas demandas por políticas públicas, especialmente nas áreas de saúde e seguridade social (GIATTI; BARRETO, 2003).

Evidencia-se o aumento da procura por serviços de saúde, tornando necessário um preparo maior do profissional da área para responder adequadamente a essa nova demanda. Nos países em desenvolvimento, o impacto negativo resultante da falta de preparo destes profissionais em relação ao tema envelhecimento humano é muito maior devido à falta de planejamento, de medidas assistenciais, de formação e capacidade do material humano necessário (CERRI; BOLZANI, 2004).

A escassez de conhecimento gerontogeriátrico dos profissionais da saúde; a ausência de sintonia da maioria das Instituições de Ensino Superior (IES) brasileiras com o atual processo de transição demográfica e suas conseqüências médico-sociais; a pouca oferta de conteúdo sobre o tema nos currículos; bem como a falta de campos específicos para a prática, são algumas limitações presentes nos cursos de graduação da área de saúde (DIOGO, 2004).

Em estudo sobre a formação de recursos humanos na área de saúde do idoso, Diogo (2004) observou que a Gerontologia está intimamente ligada à qualidade de vida na velhice, pois este ramo da ciência decorre da relação entre as condições físicas e comportamentais dos idosos com as condições ambientais, mantendo relação direta com o bem estar percebido.

No ano de 1977, Erdman Palmore desenvolveu um pequeno questionário (*Facts on Aging Quiz – FAQ*), composto por vinte e cinco (25) perguntas, o qual baseia-se em afirmações factuais sobre o envelhecimento humano que podem ser documentados através de pesquisa empírica. Cerri e Bolzani (2004), com o objetivo de avaliar o conhecimento que os cirurgiões-dentistas da rede pública de Campinas, Estado de São Paulo / Brasil, possuíam a respeito do envelhecimento humano adaptaram o FAQ à realidade brasileira, ficando este composto por 23 questões.

A fim de avaliar o nível de informação sobre o envelhecimento humano entre estudantes de Odontologia, foi aplicado o questionário idealizado por Palmore (1977), modificado e adaptado para à realidade brasileira por Cerri e Bolzani (2004), entre os acadêmicos do último ano de Odontologia das faculdades localizadas na cidade de Curitiba, Estado do Paraná / Brasil.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Desde tempos remotos o envelhecimento humano tem sido motivo de preocupação tanto no pensamento de filósofos e teólogos, como para aqueles que buscam explicação de um sentido para a vida e para a morte (SAYEG; PEREIRA, 1994). Leme (2005) descreve a existência de um hieróglifo que significa “velho” ou “envelhecer”, estimado em 2800 anos antes de Cristo (a.C.), o qual traz uma imagem humana deitada, com ideograma representando fraqueza muscular e perda óssea, relacionando o processo de envelhecimento com debilidade. Ptah-Hotep, filósofo e poeta egípcio, no ano de 2500 a.C., comenta a velhice em uma de suas obras, a qual é a referência escrita mais antiga sobre o assunto (BEAUVIOR, 1994; GOMES, 1994; SANTOS, 2001; LEME, 2005).

Conselhos sobre cuidados com os idosos e a valorização da velhice, tanto do ponto de vista religioso, quanto político e legal, são ressaltados por Leme (2005) como sendo exemplos que a civilização hebréia e sua cultura deixam muito bem especificados no livro Eclesiástico (*Bem Sirak*), escrito há aproximadamente 200 a.C.

O primeiro livro impresso destinado exclusivamente à Geriatria, surge em 1498, intitulado de “*Gerontocomia*” é de autoria do anatomista, professor e clínico Gabrielle Zerbi (BEAUVIOR, 1994; GOMES, 1994; LEME, 2005). Já o primeiro livro impresso em idioma inglês é datado de 1724, de autoria de Sir John Floyer (médico inglês), intitulado “*Medicina Gerontocomia ou A arte galênica de preservar a saúde dos homens velhos*” (GOMES, 1994; LEME, 2005).

No século XX, em 1903, Metchinikoff estudou sobre a biologia do envelhecimento e criou o termo “Gerontologia” para definir a especialidade que estuda o processo fisiológico do envelhecer (GOMES, 1994; LOPES, 2000; SANTOS, 2001; LEME, 2005). Atualmente Gerontologia é definida como a ciência que se preocupa com o envelhecimento e suas conseqüências nas áreas biológica, médica, psicológica e socioeconômica (BRUNETTI; MONTENEGRO, 2001). Entretanto, foi somente após à Segunda Grande Guerra, que a Gerontologia transformou-se em campo de práticas profissionais e de pesquisa (NERI A.L., 2005).

O envelhecimento biológico é uma manifestação universal que é

acompanhada de alterações típicas como perda de peso, cabelos grisalhos, pele enrugada, etc. Embora estas mudanças sejam bem evidentes e facilmente observáveis, numerosos conceitos e teorias a respeito do envelhecer deixam clara a dificuldade em se entender este mecanismo, mas abrem, porém, caminho promissor para novos estudos na compreensão deste processo (PAPALÉO NETTO; BORGONOV, 2005). A dificuldade de se definir o envelhecimento é ressaltada por Cormack (2002) ao relatar que diferentes autores têm dado diversas definições sobre o processo em questão, seja no âmbito biológico, patológico, socioeconômico ou psicossocial. O corte cronológico representa um limite arbitrário, uma vez que o envelhecimento é um processo contínuo, que não tem início em um momento específico, bem como é dependente do desenvolvimento socioeconômico de cada sociedade (CORMACK, 2002; PASCHOAL, 2005). O critério de corte cronológico, apesar de menos preciso, é o mais utilizado, seja para delimitar uma população de estudo, seja para análises epidemiológicas, administrativas, de planejamento e de oferta de serviços (PASCHOAL, 2005).

Grande parte das alterações e comportamentos verificados nos idosos não representam efeitos biológicos do envelhecimento, são conseqüências da imposição de regras sociais prescritas pela rotulação dos idosos, baseada em estereótipos negativos, difíceis de serem desfeitos (TIN, 2001). A velhice, enquanto problema médico-social, é pautada em uma ideologia baseada em atitudes negativas, preconceitos e estereótipos da sociedade em relação aos idosos, como acreditar que os idosos compõem um grupo homogêneo que gera ônus social e familiar que recai sobre os mais jovens, e que a velhice está associada com dependência física, com doença e com declínio intelectual (NERI A.L., 2005).

Em 1977, Erdman Palmore desenvolveu um pequeno questionário (FAQ) composto de 25 afirmações factuais sobre o envelhecimento humano (CERRI; BOLZANI, 2004). O autor sugere o uso do FAQ para, dentre outros, identificar os mais freqüentes equívocos sobre o envelhecimento e avaliar de forma indireta as distorções sobre o envelhecimento (PALMORE, 1977).

Palmore (1980) justifica a criação do FAQ por este ser curto, efetivo e de rápida aplicação quando comparado aos testes antes existentes que eram confusos, longos e de difícil documentação. A validade e confiança do FAQ de

Palmore (1977) foi bem documentada por Holtzman e Beck (1979) e Klemmark e Durand (1980).

Em pesquisa realizada junto aos cirurgiões-dentistas da rede pública de Campinas, Cerri e Bolzani (2004) utilizaram o FAQ, que foi modificado e adaptado à realidade brasileira, ficando composto por 23 afirmativas com respostas tipo verdadeiro (V) ou falso (F).

Uma revisão da literatura sobre os aspectos fisiológicos e comportamentais abordados no questionário apresentada abaixo, conforme seqüenciamento utilizado no instrumento, teve como objetivo validar as respostas pré-determinadas como verdadeiras ou falsas.

Afirmativa 1: A maioria dos idosos é senil, tem memória deficiente, são desorientados ou dementes (F).

Palmore (1977) cita os trabalhos realizados por Botwinick (1967), Woodruff e Birren (1975), e por Pfeiffer (1975), para concluir que a maioria dos idosos não é senil, não possui memória deficiente, não são desorientados ou dementes.

A preservação da capacidade intelectual dos idosos é discutida por Papaléo Netto e Ponte (2005), os quais verificaram que, com o passar dos anos, ocorre a perda das células cerebrais na ordem de 0,2% ao ano de existência (somando cerca de 20% em 100 anos de vida), mas que apesar destas alterações, estudos populacionais revelam que há a preservação do intelecto e das demais funções mentais no envelhecimento normal.

Sobre as implicações das alterações cognitivas na comunicação com o idoso, Couto (2004) enfatiza que o envelhecimento normal não acarreta, necessariamente, em dificuldades de memória; porém algumas dificuldades em lidar com o estímulo oral e escrito, manipulá-lo e retê-lo podem surgir.

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2005) no seu texto sobre o envelhecimento ativo, afirma que a terceira idade foi tradicionalmente associada à aposentadoria, doença e dependência, mas que frente a um novo paradigma, o que se observa é que a maioria das pessoas permanece independente na idade mais avançada, especialmente nos países em desenvolvimento, onde várias pessoas acima de 60 anos continuam a participar da força de trabalho.

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

Brunetti e Montenegro (2002) observam aspectos relacionados aos sentidos dos idosos, concluindo que: a) em relação à audição, ocorre a diminuição na habilidade de ouvir frequências altas (sons agudos); b) que em relação à visão ocorre uma redução na capacidade de focar objetos próximos, bem como pode ocorrer uma alteração das proteínas do cristalino, dando origem à catarata; c) que em relação ao olfato, há queda gradual na capacidade de detectar odores; d) que em relação ao paladar, a capacidade de detectar os quatro sabores primários (salgado, doce, amargo e ácido) diminui; e e) que em relação ao tato, segundo Natércia (*apud* BRUNETTI; MONTENEGRO, 2002), não existe comprovação de que a sensibilidade tátil se altere em um indivíduo idoso sadio. Mendonça (2005) relatou que ocorre, com o passar da idade, diminuição da visão, do paladar e do olfato. Mansur e Viude (2005) referem-se à audição e à visão como integrantes dos sistemas sensoriais que interessam na comunicação com o idoso; e que em relação à audição, este é o primeiro dos sentidos a apresentar perdas funcionais, que embora se instalem de maneira lenta, seu impacto na vida do idoso é considerável. Já em relação à visão, enfatiza que as alterações visuais iniciam aproximadamente a partir da metade da terceira década de vida, exigindo uma série de adaptações às necessidades da vida cotidiana.

Em relação à visão e à audição nos idosos, Cabrera (2004) relata que este sentido possui uma alteração no limiar de sensibilidade aos sons, com comprometimento específico na audição de sons de alta frequência e redução no entendimento das palavras; enquanto que aquele apresenta declínio da visão periférica, da acuidade visual central, da sensibilidade a contrastes e visão para cores, além da alta prevalência de doenças que interferem visão.

Carvalho Filho (2005) verificou que em relação à sensibilidade tátil, ocorre uma diminuição desta devido a alterações degenerativas da pele, com redução dos receptores cutâneos e perda de sensibilidade dos remanescentes.

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

Vasconcellos *et al.* (2004) observam que até recente momento, acreditava-se que por volta dos 50 anos de idade era inevitável o declínio da função sexual, face à instalação da menopausa feminina e à progressiva disfunção erétil masculina. A sexualidade no processo de envelhecimento é assunto particularmente contaminado por preconceitos, pois pessoas idosas são compelidas a aposentarem-se, também do terreno sexual, onde manifestações de sensualidade deslizam para a suspeita de demência senil (VASCONCELLOS *et al.*, 2004).

Sobre o interesse sexual dos idosos, Ribeiro (2005) evidencia que este é mais amplo do que se pensa e mais do que eles mesmos pensam; o que ocorre é que o mito da velhice assexuada, reforça a imagem de que a expressão da sexualidade pelas pessoas na “terceira idade” é tido como um desvio. A autora ainda reforça que o desejo sexual ou libido é a forma de desejo que se acompanha de ereção no homem e de lubrificação na mulher, respostas que se apresentam de maneira mais imediata entre os jovens, porém não significando que não haja reação em idades mais avançadas (RIBEIRO, 2005).

Piñero (2003) ao estudar o preconceito que reside no amor e no sexo, ressalta que existe um verdadeiro tabu quando uma situação onde dois jovens encontram-se namorando é vista com normalidade; enquanto que dois idosos, aparentemente, já não podem amar plenamente, pois já se passou o tempo de demonstrar e buscar afeto em relação a outro (a) companheiro (a).

Bodachne (1996) enfatiza que a idéia de que pessoas idosas não têm desejo sexual é falsa. O autor ainda relata as falsas idéias de que os idosos não têm capacidade para o ato sexual e que o sexo na velhice é vergonhoso.

Conforme a afirmação de Vasconcellos *et al.* (2004): “Espera-se que junto com a dilatação da esperança de vida e do processo científico e técnico; haja evolução social e cultural, bem como mudança de mentalidade capaz de integrar a sexualidade das pessoas idosas harmoniosamente”.

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

Bodachne (1996) afirma que a partir dos 40 anos de idade iniciam-se alterações anatômicas e funcionais no sistema respiratório, que acabam por reduzir a capacidade respiratória. Esta afirmação é observada por Carvalho Filho (2005) ao salientar que todas as estruturas relacionadas à respiração alteram-se com o envelhecimento, originando diminuição da resposta ventilatória. O autor observa que as modificações da morfologia do tórax, a redução da elasticidade e a atrofia dos músculos esqueléticos (acessórios da respiração) reduzem a capacidade de expansão da caixa torácica; que nos pulmões as alterações nos sistemas colágeno e elástico ocasionam a diminuição da elasticidade (complacência); fatores que levam à insuficiência respiratória nos idosos (CARVALHO FILHO, 2005).

Brunetti e Montenegro (2002) referem-se à menor força muscular e menor articulação das costelas, como agentes que acabam por reduzir a expansão do tórax; fazendo com que a capacidade respiratória de um indivíduo com 80 anos, seja praticamente a metade do que era aos 30 anos de idade.

As alterações senescentes do sistema respiratório também são verificadas por Cabrera (2004) ao evidenciar que estas comprometem a reserva funcional dos idosos.

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

Gatto (2005), psicóloga com formação em Gerontologia e saúde pública, ao relatar sobre perdas e crises na fase do envelhecimento, observa que a maneira com a qual cada idoso, vive e supera estes fatos é muito pessoal; mas que a maioria deles enfrenta estas situações com muita coragem e usam de muita criatividade para superá-las. A autora afirma que os idosos têm um enorme potencial para superar crises, pois possuem experiência acumulada e aprendem a adaptarem-se a situações difíceis.

Com o objetivo de desenvolver novos padrões de atividades que venham a ocupar o tempo livre, seja em decorrência da aposentadoria, da viuvez ou da solidão, cada vez mais observa-se a procura de serviços nos quais os idosos

possam se socializar e aprender coisas novas (BORSOI, 2005). Em relação às atividades relacionadas com as Universidades da Terceira Idade, Cachioni e Neri (2004) observam que o que motiva os idosos a buscar estes serviços é o gosto por aprender, a realização de sonhos e projetos de vida adiados e a necessidade de se sentirem vivos, ativos, atualizados e inseridos na sua comunidade.

Sobre aspectos psicológicos na terceira idade, Montenegro *et al.* (2002) salientam que o idoso jovem é aquele que conseguiu preservar, por toda a vida, o que ele tem de “criança”, como por exemplo: ligar-se afetivamente a várias pessoas, de interesses diversos, fatos que o ajudam a manter-se jovial.

Ao relatar sobre velhice saudável, Paschoal (2005) afirma que a maioria dos idosos impõe a exigência de não depender de ninguém para garantir o próprio bem-estar. É quando, um idoso é privado de decidir e escolher seu caminho, de exercer suas atividades corriqueiras a seu modo, que ele se sente infeliz, impotente e despojado de auto-realização.

A crença de que os idosos são incapazes de aprender, mudar, de terem objetivos de vida e de coordenar suas próprias vidas; acaba contribuindo para que, em muitos momentos, os mesmos hajam desta forma e desenvolvam sentimentos de impotência (ARGIMON *et al.*, 2004).

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

Caromano e Candeloro (2001) observam que a exemplo do que ocorrem nos músculos e nas articulações, a força física também diminui.

Ao estudar sobre a fisiologia muscular no envelhecimento, Brunetti e Montenegro (2002) e Papaléo Netto *et al.* (2005), verificaram que a massa muscular pode diminuir cerca de 30% a 40% em pessoas com 80 anos de idade, quando comparadas às pessoas com 30 anos. A redução da massa muscular é acompanhada da diminuição da força muscular, sendo esta menor que aquela; e com variações a serem consideradas em relação aos grupos musculares e de indivíduo para indivíduo. A diminuição da força muscular é cerca de 40% nos membros inferiores e 30% nos superiores, quando comparando uma pessoa de 80 anos de idade a outra de 30 anos (PAPALÉO NETTO *et al.*, 2005). A perda gradativa da massa muscular esquelética e da força, observadas com o avanço da

idade, também são registradas nos trabalhos de Matsudo et al. (2003), Britto *et al.* (2005).

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

A institucionalização de idosos é abordada no questionário de Palmore e representa o contexto específico da população norte-americana na década de 1970. Consultando o censo realizado nos Estados Unidos da América (EUA) no ano de 1970, Palmore (1977) observou existirem somente 4,8% de idosos residentes em alguma instituição de longa permanência norte-americana.

Esta foi uma das questões modificadas e adaptadas à realidade brasileira por Cerri e Bolzani (2004).

Em estudo desenvolvido sobre a dinâmica da institucionalização de idosos, Chaimowicz e Greco (1999) observam que o envelhecimento brasileiro passa por transformações epidemiológicas e sociais que, em outros países, aumentaram a demanda por instituições de longa permanência. Apesar disto, Giacomini *et al.* (2005), afirmam que no Brasil pouco se conhece sobre os idosos que estão dependentes e necessitam de um cuidador, bem como sobre o impacto, que este fato, gera sobre o sistema de saúde. As autoras ainda verificam que nos países desenvolvidos, o cuidador já é tido como um parceiro na equipe de saúde, porém não tem papel reconhecido no sistema de saúde brasileiro (GIACOMINI *et al.*, 2005).

Pereira *et al.* (2003) ao analisarem informações do censo IBGE 1991 e 2000, fazendo uma projeção para o ano de 2002 observaram que em relação à população de idosos responsáveis pelo domicílio no Brasil esta era composta de 60,4% em 1991, 62,4% em 2000, projetando-se 63% para 2002.

Baseados em dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2002, Cerri e Bolzani (2004) afirmam que mesmo sem ter uma informação precisa sobre os dados a respeito da institucionalização, estima-se que menos de 20% da população idosa brasileira encontra-se abrigada em instituições.

Afirmativa 8: Motoristas idosos sofrem menos acidentes que motoristas com menos de 60/65 anos (V).

Palmore (1977) verificou, que na década de 70, nos Estados Unidos da América (EUA), motoristas idosos se acidentavam menos que aqueles com idade inferior; pois os mais velhos tendem a dirigir menos milhas por ano, bem como tentam compensar qualquer piora de percepção e na velocidade de reação, por meio de direção cautelosa.

O fato de que os idosos são mais prudentes no trânsito, de que eles respeitam a sinalização, não excedem a velocidade e não são responsáveis por um número significativo de acidentes é relatado por Bodachne (1996).

Ao analisar 3.643 vítimas de acidentes de transporte terrestre, no período compreendido entre 1 de janeiro a 30 de junho de 1996, dentro dos limites geográficos do município de Londrina (Paraná / Brasil) Andrade e Jorge (2000) observaram que, quanto ao perfil gênero e idade, as vítimas mais freqüentes são homens jovens, mesmo que os coeficientes de mortalidade sejam mais altos entre os idosos.

Em estudo sobre acidentes de trânsito com vítimas, no município de Pelotas (Rio Grande do Sul / Brasil), no período de outubro de 1997 a setembro de 1999 Barros *et al.* (2003) informam que, dentre os 2.452 sinistros registrados, a maior concentração está em indivíduos jovens envolvidos em acidentes com motocicletas, enquanto que entre os (437) idosos a maioria era ocupante de automóvel (28%) ou pedestre (27%).

Em sua pesquisa sobre idosos que foram vítimas de acidentes de trânsito no município de Ribeirão Preto (São Paulo / Brasil), no ano de 1998, Silveira *et al.* (2002) enfatizam que os idosos afetados por causas externas, como acidentes de trânsito, geralmente são pessoas independentes que, após estes eventos, muitas vezes, perdem esta condição, deteriorando seus estados de saúde física e mental. Os autores verificaram que, em relação aos acidentes ocorridos envolvendo idosos, 41,4% dos casos as vítimas eram pedestres; 32,4% eram passageiros de automóveis; 11,7% eram ciclistas; e 11,7% eram passageiros de ônibus (SILVEIRA *et al.*, 2002).

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

Para Palmore (1977), a maioria dos trabalhadores mais velhos pode trabalhar tão eficientemente quanto os trabalhadores mais jovens e que, apesar da piora na percepção e na velocidade de reação, em condições reais de trabalho, geralmente mostram que desempenham suas funções tão bem quanto os outros.

A solidez da produção no trabalho tende a aumentar com a idade, pois trabalhadores mais velhos mantêm um ritmo mais estável, têm menos rotatividade, sofrem menos acidentes e faltam menos que os mais jovens (RILEY; FONER, 1968, *apud* PALMORE, 1977).

Segundo Waldvogel e Silva (2002), o envelhecimento humano ocasiona gradativa diminuição da habilidade funcional, podendo interferir no equilíbrio entre a capacidade e as demandas do trabalho. Já para Veloz *et al.*, (1999), a aquisição de conhecimentos e a possibilidade de exercer um papel de vetor de transmissão às gerações mais novas, contrapõe-se à perda do ritmo de vida característica da população idosa.

No texto sobre o Envelhecimento Ativo da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2005), os idosos, nos países em desenvolvimento, são retratados, pelo novo paradigma, como sendo em sua maioria independentes, participantes da força de trabalho formal e informal, e que, também exercem atividades voluntárias, as quais representam uma importante contribuição social e econômica para a sociedade em que vivem; ressaltando o fato de que a terceira idade foi, tradicionalmente associada à aposentadoria, doença e dependência, mas que isto já não corresponde à realidade.

Assim o ritmo de produção em serviços parece diminuir com o passar do tempo, porém a eficiência do trabalho não se afeta.

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

Palmore (1977), verificou que na década de 70, nos Estados Unidos da América (EUA), aproximadamente 80% dos idosos eram saudáveis o suficiente para realizar suas atividades normais.

O texto sobre o Envelhecimento Ativo da OMS (2005) refere-se aos idosos dos países em desenvolvimento, como sendo pessoas, em sua maioria

independentes, participando inclusive da força de trabalho formal e informal; bem como de atividades voluntárias, as quais representam uma importante contribuição social e econômica. Os reconhecimentos político e social, das contribuições que os idosos podem dar, bem como a inclusão destes em papéis de liderança, irão amparar o novo paradigma de que os idosos não são doentes e dependentes e ajudarão a derrubar estereótipos negativos.

Em trabalho sobre o envelhecimento brasileiro e o preconceito social, Veras (1999), afirma que os idosos estão geralmente associados à doença, mas que esta impressão não corresponde à verdade, pois 80% deles mantêm preservadas sua autonomia e independência.

Lourenço *et al.* (2005) afirmam que a imensa maioria dos idosos se encontra bem de saúde, mas que é necessário levar em consideração que os idosos compõem um grupo heterogêneo em relação à situação de saúde; pois, embora exista cerca de 80% da população idosa, considerada saudável, também existe uma substancial parcela de demandas por serviços de saúde geradas por um subgrupo relativamente pequeno.

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

Sobre a afirmação de que a maioria dos idosos não muda seu ponto de vista, sua maneira de pensar ou agir facilmente, cabe aqui a observação feita no trabalho de Argimon *et al.* (2004), onde estes autores afirmam que o fato de que idosos não são capazes de coordenarem suas vidas, nem de terem objetivos de vida, nem de aprenderem e nem de mudarem, não passa de crença, mas que esta pode contribuir para que os idosos, muitas vezes acabem por assumir este papel e sintam-se impotentes.

Ao descrever sobre a personalidade do idoso, Moser e Amorim (2000) apontam o trabalho de Skinner e Vaughan (1985) como um marco referencial na compreensão de que as pessoas possuem suficiente plasticidade cognitiva, afetiva e emocional para assimilar os processos adaptativos impostos pela velhice, podendo inclusive, enriquecer e modificar seus comportamentos.

Millen (2003) enfatiza que tanto a capacidade de mudança, quanto a

de aprendizagem e a do desejo dos idosos, é subestimada. O aumento da busca por serviços onde os idosos possam se socializar e aprender coisas novas, é uma observação feita por Borsoi (2005).

Para Ferrari (2005), os centros de convivência abertos para a terceira idade (grupos de idosos, grupos da terceira idade) existem com diferentes objetivos, que dependem das necessidades dos seus participantes, mas que sem dúvidas os levam a se modificarem, criarem novos valores e maneiras de pensar, de sentir e de agir. A autora ainda ressalta que nestes centros, os idosos conhecem outras pessoas, redescobrem-se, trocam, vivem, sonham e auxiliam-se.

Ao se referir sobre o potencial dos idosos em superar perdas e crises, Gatto (2005) enfatiza que estes, através da experiência acumulada e da criatividade, aprendem a se adaptar a novas situações.

Conclui-se que os idosos têm capacidade de mudar os seus pontos de vista, maneiras de agir ou de pensar.

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

Couto (2004) descreve que a aprendizagem ocorre quando uma pessoa tem a capacidade de resgatar uma informação guardada na memória. A idade pode trazer ao indivíduo, problemas em lidar com uma grande quantidade de informações, sendo necessário um tempo maior para aprendê-las, ou a repetição destas até que sejam compreendidas (COUTO, 2004).

Este fato é observado por Moussatché e Pinto (2004), que afirmam que na prática pedagógica, percebe-se que os idosos demoram mais para ler, para escrever, para andar e, muitas vezes para compreender o que se fala. Bodachne (1996) afirma que o idoso tem plenas condições de aprendizado, porém com uma velocidade reduzida.

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

Millen (2003) constata que a capacidade de mudança, de aprendizagem e de desejo dos idosos, muitas vezes é subestimada. O aumento pela

busca de aprendizagem, bem como de socialização dos idosos, é relatado nos trabalhos de Borsoi (2005) e Cachioni e Neri (2004).

Retornando à afirmação de Couto (2004) de que, com a idade, o indivíduo leva mais tempo para processar novas informações, a autora observa que se faz necessária a repetição destas, até que sejam compreendidas. Tamer (*apud* CACHIONI; NERI, 2004) afirma que as possibilidades de aprendizagem na velhice não dependem da idade cronológica em si, e sim, das condições em que se realizam.

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

Em relação à homeostase, Carvalho Filho (2005), afirma que o meio interno é constantemente influenciado pela atividade celular e pelo ambiente externo, sendo exigido do organismo humano, a atuação de mecanismos de controle ou ajustamento, que impeçam alterações neste. Para Comfort (1979), o envelhecimento é caracterizado pela perda da capacidade de adaptação homeostática frente às situações de sobrecarga funcional.

Ao se referir sobre o sistema nervoso, Carvalho Filho (2005), afirma que este é o principal agente de integração das atividades orgânicas, e, portanto, fundamental no equilíbrio homeostático. O autor ainda ressalta que há redução na liberação de neurotransmissores, substâncias responsáveis pela passagem de estímulo entre um neurônio e outro. Carvalho Filho (2005) utiliza dois exemplos sobre a capacidade de reação do organismo dos idosos ser mais lenta; o primeiro é que quando um idoso submete-se a uma redução de temperatura ambiente, este leva mais tempo para iniciar o tremor muscular que eleva a sua temperatura corpórea; o outro é que quando um paciente idoso encontra-se febril, a sudorese (mecanismo utilizado pelo organismo para reduzir a temperatura corpórea) demora mais tempo para ocorrer do que em um organismo jovem.

Sobre os movimentos, Mendonça (2005) afirma que nos idosos ocorre uma lentidão tanto no início destes, quanto nas ações de redirecionamento. Em relação à polpa dentária (de interesse para a Odontologia), Rasquin e Rasquin (2004), observam que as mudanças encontradas no envelhecimento desta,

consistem, principalmente, na transformação de um tecido rico em células (tecido conjuntivo flácido) em um tecido mais denso, pobre em células e rico em fibras. Para os autores, esta transformação tem importância do ponto de vista clínico, pois a reação da polpa velha é menor que a de um jovem.

Afirmativa 15: Em geral, a maioria dos idosos, são muito parecidos em suas atitudes ou modo de agir (F).

Há ricos e pobres, alegres e tristes, saudáveis e doentes, com diferentes níveis de inteligência, etc. (PALMORE, 1977). Num país como o Brasil, de ampla dimensões continentais, existem várias realidades econômicas, sociais, culturais, psicológicas e de saúde entre os idosos (NERI, 2004). O processo de envelhecimento apresenta peculiaridades bem diversificadas (SILVA, 2005). Em texto sobre o envelhecimento ativo enquanto política de saúde, a OMS (2005) evidencia que a perspectiva do curso de vida reconhece que os mais velhos não constituem um grupo homogêneo e que a diversidade entre os indivíduos tende a aumentar com a idade.

O envelhecimento traz alterações biofisiológicas, produzindo o declínio das funções orgânicas; o qual tem um ritmo diferente, seja de um órgão para outro no mesmo indivíduo, seja com os idosos de mesma idade; justificando a observação corriqueira de que o envelhecimento produz efeitos diferentes de uma pessoa a outra (PAPALÉO NETTO; PONTE, 2005).

Apesar de apresentarem algumas características comuns à terceira idade, a população de idosos faz parte de um grupo bastante heterogêneo, de acordo com suas diferentes condições sociais, econômicas e de saúde geral (BRUNETTI *et al.*, 2002).

Para Freitas *et al.* (2002), os idosos vivem a velhice de forma diversificada nas diferentes camadas, segmentos ou classes sociais, como se o fim da vida reproduzisse e ampliasse as desigualdades sociais vividas.

A velhice abriga uma considerável variabilidade inter individual que tende a aumentar com o decorrer do tempo, no decorrer do qual as limitações e a fragilidade tendem a aumentar (NERI A.L., 2005).

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

Luzardo e Waldman (2004) encontraram junto à tese de doutorado de Mendiando (2002), a afirmação de que a rotulação dos idosos com estereótipos como: “esclerosado”, “rabugento” e “senil”, tem origem no envelhecimento patológico de grupos de pessoas. No trabalho de Sousa *et al.* (2003), as autoras afirmam que na sociedade ocidental os idosos têm sido estereotipados como sendo indivíduos senis, aborrecidos, inúteis e dependentes, mas que estas imagens não correspondem à situação dos idosos.

Em contrapartida, Ferrari (2005), ao verificar que as atividades sociais voluntárias, comunitárias e sindicais, representam o estabelecimento de novos canais de comunicação entre as pessoas da terceira idade e as demais gerações; afirma que os idosos, quando se engajam em alguma forma de participação social; mostram mudanças consideráveis no comportamento, que logo após à aposentadoria, eram apáticas, implicantas, resistentes e até agressivas nos seus relacionamentos interpessoais.

Desta forma convém citar novamente o trabalho de Borsoi (2005), que verificou que, os idosos, objetivando o desenvolvimento de novos padrões de atividades, que venham a ocupar o tempo livre, cada vez mais procuram por serviços nos quais possam se socializar e aprender coisas novas.

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

Palmore (1977) verificou que na década de 70, nos EUA, a maioria dos idosos não estavam socialmente isolados ou solitários, pois visitavam parentes e amigos e participavam de atividades sociais. A solidão e o isolamento são inversamente proporcionais às esperanças de reencontro e de novos relacionamentos; quando os idosos gozam de boa saúde, se torna mais fácil a ocupação do tempo com atividades sociais (BODACHNE, 1996; MONTENEGRO *et al.*, 2002).

Para Campos e Costa Júnior (2004), o número de pessoas que chegam à terceira idade em melhores condições de saúde, reivindicando espaços e oportunidades na sociedade é cada vez maior. A terceira idade é uma época que

pode ser caracterizada como período de aproveitamento para realização pessoal e desenvolvimento de novos padrões de atividades, que venham a ocupar o tempo livre. Centros de convivência, Universidades abertas à terceira idade, bem como os espaços de convivência social têm sido cada vez mais procurados pelos idosos como atividades de socialização e aprendizagem (BORSOI, 2005; FERRARI, 2005).

Em relação à família, Silva (2005) constatou junto aos dados do IBGE, referentes ao ano de 2002, que quase seis milhões de idosos possuem filhos, netos, bisnetos e outros parentes sob sua responsabilidade; desmistificando a imagem de que o idoso dependente da família, mas desempenha importante papel nesta. Assim como se dá em todas as fases do desenvolvimento humano, os idosos se relacionam entre si e estabelecem os mais diversos contatos sociais (CAMPOS; COSTA JÚNIOR, 2004).

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

Palmore (1977) afirma que estes sofriam menos acidentes que os mais jovens.

Segundo Cechin e Fernandes (2002) as formas de acidentes de trabalho podem ser classificadas de acordo com a forma de sua ocorrência em três tipos, sendo: a) Acidente Típico, caracterizado por eventos que aconteceram em razão direta à atividade profissional do empregado; b) Acidente de Trajeto, sendo aquele onde o empregado é vítima de qualquer acidente ocorrido no percurso de sua residência em direção do local de trabalho e; c) Doença, quando o empregado acomete-se de alguma doença, resultante da atividade profissional que exerce. Nesta questão não serão contempladas as doenças decorrentes do trabalho, pois, além destas serem inúmeras, os Acidentes Típicos representam a maior quantidade de registros de ocorrência.

Em estudo sobre as mortes por acidentes de trabalho ocorridas na população idosa ativa, residentes no Estado de São Paulo, nos anos de 1991 e 1992, Waldvogel e Silva (2000) verificaram que dentre as 2086 fatalidades registradas, 78 eram entre menores de 18 anos; 1906 entre 18 e 59 anos; e 102 entre idosos. Os acidentes de trabalho enquanto integrantes do grupo de causas

externas de morte, representaram 2,2% do total de óbitos na população idosa, sendo 3,1% para o gênero masculino e 0,3% para o feminino; já nos adultos estas proporções aparecem na razão de 5,1%; 5,6% e 2,0%, respectivamente. Já em relação ao coeficiente de mortalidade por acidentes de trabalho, este mostrou um risco 63% maior de idosos sofrerem um evento fatal, decorrente de um acidente de trabalho (WALDVOGEL; SILVA, 2000).

Pinheiro e Arruda (2001) verificaram que no ano 2000 foram registrados 343.996 acidentes de trabalho no Brasil, sendo que dentre estes, 83,6% correspondiam a acidentes típicos, demonstrando que a grande concentração ocorre dentro da própria empresa, no desenvolvimento das atividades laborativas.

Em consulta realizada sobre os indicadores e dados básicos, trazendo informações sobre o Brasil em 2001, (BRASIL, 2002) observa-se que, em relação à taxa de incidência de acidentes de trabalhos típicos, foram verificadas taxas de incidência de 13,38, sendo 12,28 na população com idades entre 15 e 24 anos; 13,77 entre 25 e 44 anos; 15,34 entre 45 e 59 anos; e 11,19 na faixa etária de 60 anos ou mais. Em relação à taxa de incidência de acidentes de trabalho de trajeto, foi verificada uma taxa de 1,84, sendo 1,66 na faixa etária entre 15 e 24 anos; 1,90 entre 25 e 44 anos; 2,11 entre 45 e 59 anos; e 1,72 na população idosa. Já em relação à taxa de mortalidade por acidentes de trabalho está representada 12,08, sendo 6,65 na faixa etária de 15 a 24 anos; 12,83 entre 25 e 44 anos; 19,35 entre 45 e 59 anos; e de 22,20 na população de idosos.

Afirmativa 19: Nove por cento (9%) da população brasileira tem agora (2004/06) sessenta anos ou mais (V).

Sobre a questão original que compõe o Questionário de Palmore (1977), o autor, perguntava se o número total de idosos nos EUA, na década de 70, representava 15% ou mais da população total; fato que não era confirmado frente à uma população idosa de 10,3% do total.

Cerri e Bolzani (2004) transformaram esta questão para a realidade brasileira e questionam a respeito de o número de idosos representar 9% da população total.

Dados do censo brasileiro, realizado no ano de 2000, publicados

pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) apontavam que 8,56% do total da população brasileira era representada por idosos (SILVEIRA *et al.*, 2002; CAMPOS; COSTA JÚNIOR, 2004). Segundo Santana *et al.* (2002) os dados do Censo 2000, comparativamente aos do Censo 1991, apresentam a população idosa mais numerosa, representando maior contingente no total, concentrando-se cada vez mais na área urbana (81,4%) e, também, composta majoritariamente por mulheres (55,1%).

Para Pereira *et al.* (2003), se em 1980 existiam aproximadamente 16 idosos para cada 100 crianças, o que se observa 20 anos depois é que esta proporção praticamente dobra, passando para 30 idosos para cada 100 crianças.

Silva (2005) afirma que de acordo com dados do IBGE, havia no Brasil, em 2002, cerca de 16 milhões de indivíduos na idade cronológica de 60 anos ou mais, representando cerca de 9,3% da população total.

Afirmativa 20: A maioria dos agentes de saúde tende a dar pouca prioridade aos idosos (V).

Ao analisar 12 estudos empíricos realizados nos Estados Unidos da América (EUA), Palmore (1977) afirma que a maioria dos estudantes de Medicina e médicos, estudantes de Enfermagem e enfermeiras, estudantes de Terapia Ocupacional, pessoal da psiquiatria clínica e trabalhadores da área social tendem a acreditar nos estereótipos negativos sobre os idosos e prefere trabalhar com crianças ou adultos jovens a trabalhar com idosos.

A oficina de trabalho sobre o mapeamento dos problemas e definição de ações educativas relativas à saúde do idoso, realizada no Estado do Rio de Janeiro/ Brasil no ano de 2004, identificou problemas existentes na atenção à saúde para a Terceira Idade. No campo da formação e desenvolvimento dos profissionais, observaram-se problemas de e na formação dos profissionais na graduação, na profissionalização técnica e na pós-graduação, apontando uma desvinculação dos profissionais com a realidade, bem como a falta de especialistas em Gerontologia e Geriatria nas várias carreiras (BRASIL, 2004).

Veras (2003) afirma que existe uma enorme carência de profissionais treinados, com formação específica para atender a crescente

população de idosos, bem como cursos reconhecidos pela qualidade acadêmica.

Já Aguiar *et al.* (2006) ressaltam que muitos profissionais especializam-se em Geriatria ou Gerontologia, porém não registram o título obtido nas instituições pertinentes. Em consulta aos registros do Conselho Federal de Medicina (CFM, 2005), os autores observaram que existem 352 médicos geriatras ativos no Brasil; dados estes conflitantes quando se comparam aos da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG, 2005), instituição responsável pelo registro de médicos especialistas em Geriatria, a qual refere-se a 1653 registros, sendo que 512 concentram-se no Estado de São Paulo.

Referindo-se a idosos vítimas de acidentes de trânsito no ano de 1998, no município de Ribeirão Preto do estado de São Paulo; Silveira *et al.* (2002) relatam que o maior problema enfrentado é o tipo de atendimento de emergência dado a estes pacientes, pois o sistema de saúde no Brasil ainda não implantou uma especialidade relativa ao tratamento de urgência voltado à população idosa, por serem a Gerontologia e a Geriatria especialidades ainda em desenvolvimento.

Em estudo analisando o fenômeno do envelhecimento com dependência, como um desafio a ser incorporado pelo campo da Saúde Coletiva, Caldas (2003) observou que cuidadores de idosos mencionam que quando da alta hospitalar, os familiares raramente recebem informações claras a respeito da doença, orientação ou apoio para cuidados, nem tão pouco indicação de serviços para prosseguir o tratamento. Relata ainda que o abandono, bem como a falta de orientação e a falta de recursos estão presentes não só no momento da alta hospitalar, mas também no tratamento ambulatorial; e que a demora para marcar consultas e acompanhamento médico é grande, principalmente quando se trata de consultas com especialistas na área, fisioterapeutas e fonoterapeutas. O cuidador informal poderia e deveria ser visto como um agente de saúde e receber orientações direcionadas para prestar um cuidado adequado ao idoso, incluindo medidas preventivas para evitar a dependência precoce e específicas sobre os cuidados com o idoso dependente que envelhece na comunidade (Caldas, 2003).

Bós e Bós (2004) afirmam que em contraposição às necessidades dos idosos, está o desenvolvimento do sistema de atendimento de saúde no Brasil, tipicamente voltado para as populações mais jovens, especialmente infantes e

crianças. Para Papaléo Netto e Ponte (2005) a política de desenvolvimento dominante nas sociedades industrializadas e urbanizadas sempre teve mais interesse na população materno-infantil e com os jovens, pois investir neles é ter retorno potencial de uma vida útil e produtiva.

Ao se referir ao sistema de saúde, público ou privado, Caldas (2003) observa que estes não estão preparados para atender nem a demanda de idosos que cresce a cada dia, nem a de seus familiares. Em relação aos idosos que adquirem dependência, o autor afirma que o sistema previdenciário, público ou privado, não prevê formas de financiamento para o estabelecimento de redes de apoio às necessidades de assistência aos idosos dependentes, com ou sem família (CALDAS, 2003).

Assegurar condições básicas aos idosos (alimentação, habitação, saneamento), atuar na prevenção das seqüelas de doenças crônico-degenerativas e acidentes, bem como oferecer chances de participação em atividades produtivas, valorizando o patrimônio intelectual e cultural são condições observadas por Chaimowicz e Greco (1999) como determinantes de melhoria nas condições de saúde desta população.

Enquanto que na maioria dos países desenvolvidos e também na Ásia, o processo de envelhecimento da população e seus desdobramentos foram alvo de preocupação por parte do Estado, a América Latina e os países não desenvolvidos de uma maneira geral, pecam pela falta de estudos, pesquisas, programas, planos e políticas direcionadas às pessoas idosas, salvo algumas exceções (SOBRAL, 2003). Ainda, segundo Sobral (2003), o aumento de expectativa de vida, favorecerá o aumento de doenças e mal estares, ainda comuns aos países em desenvolvimento; bem como, uma crescente incidência de doenças crônico-degenerativas, cardio-respiratórias, hipertensão arterial, obesidade, osteoporose dentre outras, características comuns dos países desenvolvidos, demandando mais serviços sociais e de saúde.

Ao abordar a terceira idade em relação aos aspectos médicos, Millen (2003) relata que a saúde é responsabilidade pessoal, através da busca por um modo de vida saudável bem como social, através da criação de programas de atenção à saúde. Ao afirmar que, no Brasil, as condições adequadas para uma vida

saudável e de qualidade nem sempre são possíveis, Millen (2003) questiona como é possível falar de alimentação apropriada, no país da fome; que em questão de moradia, ter casa é ter abrigo e possibilidade de proteção, mas que muitos não a têm; que em relação à educação, os idosos nem sempre estão incluídos no processo educativo, pois suas capacidades de aprender e de desejar são, muitas vezes, subestimadas; que em relação ao trabalho, quando precisam ou querem trabalhar, quase sempre não conseguem; e que em relação ao meio ambiente, este nem sempre lhes é favorável, faltando planejamento ambiental, informações e falta de estruturas adequadas que pensem na saúde dos que envelhecem.

Em relação ao serviço odontológico enquanto participante de uma equipe multiprofissional no atendimento ao paciente idoso, Cormack (2004) observa que as barreiras ao trabalho dos profissionais da área odontológica ainda são muitas e têm um forte determinante cultural, na medida em que a importância do trabalho desenvolvido por estes profissionais ainda não é totalmente concebida pelos envolvidos no cuidado com esta clientela. Ainda Cormack (2002) ao escrever sobre a saúde oral do idoso, observa que há uma tendência de aumento da procura por serviços odontológicos pela população incluída na idade cronológica acima de 60 anos e que o sistema de saúde não se encontra preparado para enfrentar esta nova realidade, tanto pela falta de infra-estrutura para atender esta demanda, como pela falta de preparo dos profissionais de saúde em dar respostas adequadas aos seus problemas.

Em artigo de revisão de autoria de Freitas *et al.* (2002), as autoras verificaram, com base na pesquisa, que há necessidade de preparar profissionais com finalidade de melhor assistir as demandas dos idosos por serviços de saúde e que em relação às políticas de saúde, estas devem ir além das discussões teóricas, se tornando mais efetivas, levando em conta a situação particular de cada região e o contexto de cada idoso, não esquecendo das dimensões éticas, cada vez que algum profissional se propuser a desenvolver uma pesquisa ou cuidar de um idoso.

Em trabalho sobre o envelhecer e os direitos do homem, Piñeiro (2003) afirma que a pessoa idosa sofre toda sorte de desrespeito ao querer subir, gratuitamente, em um ônibus coletivo; ao enfrentar as filas em uma repartição pública, como por exemplo, do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS); a

violência física e moral que tem que suportar em casa ou nas ruas; os obstáculos que impedem que se locomovam pelas ruas das cidades, impedindo, em casos extremos, o exercício livre do ir e vir; bem como a desconsideração à sua vontade.

Em estudo realizado por Veras e Caldas (2004) sobre a promoção de saúde e cidadania do idoso, os autores enfatizam que mais do que em qualquer época, o século 20 se caracterizou por profundas e radicais transformações, com destaque ao aumento do tempo de vida da população mundial como o fato mais significativo no âmbito da Saúde Pública. Os autores ainda reforçam que tal revolução formula para os profissionais de saúde, homens públicos e coletividades um dos maiores desafios sociais da história humana, bem como uma intensa demanda por estudos e análises que definam melhores políticas públicas e prevenção de saúde no envelhecimento. Concluem os autores que o envelhecimento é uma questão que, ainda que incorporada ao campo da Saúde Coletiva desde os seus primórdios, não vem merecendo a devida atenção dos formuladores e gestores de políticas públicas, sendo conferida baixa prioridade aos idosos a nível assistencial, previdenciário, bem como da ciência e da tecnologia.

Para Chaimowicz e Greco (1999), o envelhecimento populacional brasileiro deve ser encarado como uma conquista e com responsabilidade de toda a nossa sociedade.

Afirmativa 21: A maioria dos idosos brasileiros vive com aposentadorias muito baixas; aproximadamente um salário mínimo (R\$ 300,00) (V).

Esta é a última questão modificada e adaptada à realidade brasileira por Cerri e Bolzani (2004).

A afirmação de Palmore (1977) de que a maioria dos idosos norte-americanos, na década de 70, possuíam rendimentos muito baixos, referentes à aposentadoria paga pelo governo federal; é também verificada nos estudos consultados a respeito da questão, atualmente em nosso país. A última questão modificada e adaptada à realidade brasileira por Cerri e Bolzani (2004) é a Q21, trazendo em seu texto a afirmação de que a maioria dos idosos brasileiros vive com aposentadorias muito baixas, de aproximadamente um salário mínimo.

Em pesquisa a respeito do envelhecimento no Brasil, Garrido e

Menezes (2002) citam que de acordo com dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios para a década de 90, 40% dos idosos no Brasil, tinham uma renda *per capita* de menos de um salário mínimo. Ao consultar os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística de 2002, Silva (2005), observou que, referente ao rendimento mensal do contingente composto por pessoas com 60 anos de idade ou mais; 42,8% deste possuía uma renda mensal de um salário mínimo; número este, também observado por Pereira *et al.* (2003).

Neri A.L. (2005) afirma que em várias pequenas cidades do País os idosos movimentam a economia com suas pequenas aposentadorias, pensões e benefícios de prestação continuada.

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

Furtado (2005) afirma que, em 2003, a proporção de idosos brasileiros engajados na força de trabalho era de 46% de homens e 19,6% de mulheres; totalizando 5,2 milhões de trabalhadores com 60 anos de idade ou mais. Em relação à atividade de trabalho dos trabalhadores idosos; 41,6% trabalhavam por conta própria; 7,6% eram proprietários de empreendimentos; 19,3% ocupavam-se com produção para consumo próprio; e 5,5% não eram remunerados, mas auxiliavam algum tipo de atividade econômica da família. O autor observa ainda que nove a cada dez idosos ocupados no mercado de trabalho brasileiro, estavam engajados em atividades informais. Esta observação é feita também no texto sobre o Envelhecimento Ativo da OMS (2005) onde afirma-se que nos países em desenvolvimento, várias pessoas acima de 60 anos continuam a participar da força de trabalho; e que os indivíduos idosos são ativos no setor de trabalho informal, seja em trabalhos domésticos, atividades autônomas de pequena escala ou em atividades voluntárias.

Para Furtado (2005), as altas taxas de participação idosa no mercado de trabalho brasileiro é um fenômeno novo, que se sobrepõe às taxas encontradas na grande maioria dos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE).

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

Em 1976, Blazer e Palmore (*apud* PALMORE, 1977) afirmam que estudos longitudinais não encontraram nenhum aumento no interesse religioso médio, nem de satisfação religiosa à medida em que as pessoas envelhecem.

Definições de termos relacionados à religiosidade, são complexas e numerosas. Pode-se definir religiosidade como atributos relativos a uma religião específica e espiritualidade como uma relação estabelecida por uma pessoa com um ser ou força superior (FARIA; SEIDL, 2005).

É verdade que a geração atual de pessoas mais idosas tende a ser mais religiosa que a geração mais jovem, porém isto parece ser uma diferença de gerações (CERRI; BOLZANI, 2004). Neri M. (2005), estudando a trajetória religiosa de uma geração que em 1940 tinha entre 0 e 9 anos de idade e que em 2000 já se enquadrava na classificação cronológica de idosos; observou que a medida que a faixa etária aumentou, houve uma tendência de abandono do catolicismo e das religiões de uma maneira geral. O autor verificou também que os homens migraram mais para a não religiosidade, enquanto que as mulheres, além da não religiosidade, buscavam religiões alternativas.

Coutinho *et al.* (2003), verificaram que em relação à idosos que sofrem de depressão, além dos tratamentos conhecidos, estes apontam para uma outra modalidade ancorada na religiosidade, que remete à fé e à crença em Deus (espiritualidade).

Para Faria e Seidl (2005), muitas pessoas recorrem a Deus como recurso cognitivo, emocional ou comportamental para o enfrentamento de seus problemas de saúde e de estresse.

O envelhecimento é um fenômeno que deveria estar relacionado ao processo ensino-aprendizagem, de modo a possibilitar uma análise clara dos fatos que ocorrem, possibilitando aos acadêmicos e futuros profissionais, subsídios para avaliar, diagnosticar, planejar e prognosticar atendimentos cotidianos junto à “Terceira Idade” (TIN, 2001).

O perfil do egresso/profissional da Odontologia que vem sendo

proposto pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) é o de um profissional com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, com competências e habilidades gerais necessárias para o exercício profissional comprometido com a saúde e a atualização, com a ética e a cidadania, além do desenvolvimento da capacidade de comunicação, liderança e gerenciamento (BRASIL, 2002). Moysés (2004) afirma que os cursos de Odontologia devem, progressivamente, avançar para um projeto pedagógico capaz de preparar o futuro graduado para enfrentar os desafios das rápidas transformações da sociedade, do mercado de trabalho e das condições de exercício profissional.

Devido às projeções populacionais evidenciarem o crescente número de idosos, o futuro profissional cirurgião-dentista, que inicia agora no mercado de trabalho, deverá encontrar em sua vida profissional, pacientes que irão necessitar de ações e decisões voltadas para a promoção de saúde específica para a terceira idade, requerendo deste profissional, além de habilidade manual e capacidade técnica, o conhecimento científico sobre o estado psicológico, físico, social, motor e sensorial dos idosos (FRANKS; HEDEGARD, 1977; MELLO, 2005).

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

- Avaliar o nível de informação a respeito do envelhecimento humano entre os acadêmicos matriculados no último ano dos cursos de Odontologia da cidade de Curitiba, Estado do Paraná, em 2006.

3.2 Específicos

- Descrever se existe diferença no nível de conhecimento sobre o envelhecimento humano entre os acadêmicos matriculados no último ano dos cursos de Odontologia de Curitiba, em 2006, segundo às IES;
- Descrever se existe diferença no nível de conhecimento sobre o envelhecimento humano entre o gênero masculino e o gênero feminino, dos acadêmicos matriculados no último ano dos cursos de Odontologia de Curitiba, em 2006;
- Descrever se existe diferença no nível de conhecimento sobre o envelhecimento humano entre os grupos etários, dos acadêmicos matriculados no último ano dos cursos de Odontologia de Curitiba, em 2006.
- Ampliar o embasamento teórico nacional para o FAQ modificado e adaptado à realidade brasileira por Cerri e Bolzani (2004).

4 MÉTODO

O presente trabalho caracterizou-se como um estudo transversal, delineado como pesquisa descritiva, onde os dados subjetivos (qualitativos) foram expressos em uma escala (instrumento) de investigação quantitativa pelos indivíduos que compuseram a população.

Os dados avaliados derivaram de fonte documental, tendo como instrumento o Questionário de Palmore (FAQ – 1977), modificado e adaptado à realidade brasileira por Cerri e Bolzani (2004), ficando composto por 23 perguntas com resposta tipo verdadeiro (V) ou falso (F).

Foi utilizado o método de “Auto-relatos” (Leão e Oliveira, 2005), o qual consiste na aplicação dos questionários por um investigador na presença do (s) entrevistado (s).

A investigação foi realizada por distribuição de frequência de acordo com as dimensões inerentes ao conhecimento sobre o envelhecimento humano, exploradas no instrumento utilizado.

Para atender os objetivos da pesquisa foi realizada uma caracterização da população quanto ao gênero, idade e Instituição de Ensino Superior (IES) onde os indivíduos estavam matriculados.

Em relação as IES de Odontologia, estas foram denominadas como sendo:

- a) Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC-PR): **IES 1**,
- b) Universidade Federal do Paraná (UFPR): **IES 2**,
- c) Universidade Tuiuti do Paraná (UTP): **IES 3**,
- d) Centro Universitário Positivo (UNICENP): **IES 4**.

Em relação aos gêneros dos participantes, estes foram denominados como sendo:

- a) Gênero Masculino **0**;
- b) Gênero Feminino **1**.

Em relação à idade cronológica dos participantes (devido à homogeneidade da população e procurando a mais equivalente proporcionalidade

entre dois grupos) adotou-se como ponto de corte a idade mediana (medida de tendência central) dos participantes (22 anos), ficando composta em dois grupos distintos segundo a faixa etária:

- a) Idade até 22 anos: **Grupo 1**;
- b) Idade de 23 anos ou mais: **Grupo 2**.

Em relação às questões componentes do instrumento de investigação, estas foram denominadas de: questão 1 (**Q1**); questão 2 (**Q2**); questão 3 (**Q3**); sucessivamente até questão 23 (**Q23**), conforme apresentadas no Quadro 1.

Quadro 1- QUESTIONÁRIO *FACTS ON AGING QUIZ (FAQ)*, MODIFICADO POR CERRI E BOLZANI (2004).

N	Questões	Opção
Q1	01) A maioria dos idosos (idade de 60/65 anos e mais) é senil, tem memória deficiente, são desorientados ou dementes.	(V) (F)
Q2	02) Todos os cinco sentidos tendem a declinar com a velhice.	(V) (F)
Q3	03) A maioria dos idosos não tem interesse ou capacidade para se relacionar sexualmente.	(V) (F)
Q4	04) A capacidade pulmonar tende a declinar na velhice.	(V) (F)
Q5	05) A maioria dos idosos sente-se miserável a maior parte do tempo.	(V) (F)
Q6	06) A força física tende a declinar na velhice.	(V) (F)
Q7	07) Pelo menos 20% dos idosos brasileiros vivem há muito tempo em instituições, hospitais, casas de repouso, asilos, etc.	(V) (F)
Q8	08) Motoristas idosos sofrem menos acidentes do que motoristas com menos de 60/65 anos.	(V) (F)
Q9	09) A maioria dos trabalhadores idosos não consegue trabalhar tão efetivamente quanto os trabalhadores mais jovens.	(V) (F)
Q10	10) Aproximadamente 80% dos idosos são saudáveis o suficiente para exercer suas atividades normais.	(V) (F)
Q11	11) A maioria dos idosos não muda seu ponto de vista, sua maneira de pensar ou agir facilmente.	(V) (F)
Q12	12) Idosos normalmente levam mais tempo para aprender algo novo.	(V) (F)
Q13	13) É quase impossível para a maioria dos idosos aprender algo novo.	(V) (F)
Q14	14) O tempo de reação da maioria dos idosos, tende a ser mais lento que o tempo de reação das pessoas mais jovens.	(V) (F)
Q15	15) Em geral, a maioria dos idosos, são muito parecidos em suas atitudes ou modo de agir.	(V) (F)

Q16	16) A maioria dos idosos raramente é chata.	(V) (F)
Q17	17) A maioria dos idosos vive socialmente isolada e solitária.	(V) (F)
Q18	18) Trabalhadores idosos sofrem menos acidentes que trabalhadores jovens.	(V) (F)
Q19	19) Nove por cento (9%) da população brasileira tem agora (2004/06) sessenta (60) anos ou mais.	(V) (F)
Q20	20) A maioria dos agentes de saúde tende a dar pouca prioridade para pacientes idosos.	(V) (F)
Q21	21) A maioria dos idosos brasileiros vive com aposentadorias muito baixas; aproximadamente um salário mínimo (R\$ 300,00).	(V) (F)
Q22	22) A maioria dos idosos exerce alguma atividade ou gostaria de exercer alguma ocupação, incluindo trabalhos de casa ou voluntariado.	(V) (F)
Q23	23) Idosos tendem a ficar mais religiosos com o passar da idade.	(V) (F)

FONTE: Cerri e Bolzani, 2004.

4.1 População

Como critério de inclusão para a composição da população estudada, foi definido o número total de acadêmicos matriculados no último ano dos cursos de Odontologia das IES localizadas no limite geográfico da cidade de Curitiba, Estado do Paraná / Brasil, em 2006.

A escolha dos acadêmicos de último ano justificou-se pelo fato de que estes estão prestes a entrar no mercado de trabalho, trazendo os acúmulos de suas experiências pessoais somadas à quase totalidade dos créditos componentes do ensino formal.

4.2 Coleta de dados

Os dados foram coletados no período de 30 de Março a 25 de Maio de 2006. Foram utilizadas as dependências da PUC-PR (Campus Prado Velho); UFPR (Campus Jardim Botânico); UTP (Campus Champagnat); e as dependências do UNICENP (Campus Curitiba).

A coleta de dados iniciou-se após os indivíduos, componentes da população eleita, terem assinado um termo de consentimento livre e esclarecido, de acordo com as normas do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Pontifícia Universidade Católica do Paraná. O presente estudo foi aprovado por este Comitê sob o registro nº 848 de 22/03/2006.

4.3 Análise de dados

Os dados foram processados no programa *SPSS*, versão 13.0. Utilizou-se o teste de Levene para testar a existência de homogeneidade de variâncias entre os indivíduos que compõem as diferentes IES segundo a variável idade. Para verificar se existia diferença na média de idade entre as IES foi utilizado o teste de ANOVA. O teste de Tukey *HSD* verificou qual IES apresentava diferença na média de idade, uma vez que Levene acusou homogeneidade de variâncias. Para verificar se existia diferença na média de idade entre as IES foi utilizado o teste de ANOVA. O teste t de *Student* foi utilizado para comparar se existia diferença na média de idade segundo o gênero.

Para verificar a média do número total de acertos e erros, segundo as IES, utilizou-se o teste de ANOVA. Para avaliar o grau de dependência de cada questão (Q), segundo a variável IES, foi aplicado o teste do Qui-Quadrado (χ^2).

Para comparar a média do número total de acertos e erros, segundo os gêneros, utilizou-se o teste t de *Student*. Para avaliar o grau de dependência de cada variável Q, segundo a variável gênero, foi aplicado o Teste Exato de Fisher.

A diferença entre a média de acertos e erros produzidos segundo os grupos de idade (G1 e G2) foi comparada através do teste t de *Student*. Para avaliar o grau de dependência de cada questão (Q), segundo a variável grupos de idade, foi aplicado o Teste Exato de Fisher.

5 RESULTADOS

A população estudada foi constituída por 294 indivíduos, sendo que 100 estavam matriculados junto à IES 1 (34,01%); 94 à IES 2 (31,97%); 46 à IES 3 (15,65%); e 54 à IES 4 (18,37%).

Do número total de participantes, foram observados 94 indivíduos do gênero masculino (31,98%) e 200 do gênero feminino (68,02%). Em relação aos grupos etários, foi observada a presença de 159 (54,08%) indivíduos com até 22 anos e 135 (45,92%) com 23 anos ou mais. A idade mínima observada foi de 20 anos, enquanto que a máxima foi de 47 anos, com média de 23,20 anos.

O teste de ANOVA indicou não existir diferença entre as variáveis IES e número total de acertos e erros ($p = 0,7674$). Para avaliar o grau de dependência de cada variável Q segundo a variável IES, foi aplicado o teste χ^2 , sendo significativo estatisticamente para as questões Q1 ($p = 0,0480$), Q4 ($p = 0,0415$), Q14 ($p = 0,0409$), Q15 ($p = 0,0213$) e Q20 ($p = 0,0015$).

Não houve diferença estatisticamente significativa entre a média do número total de acertos e erros, segundo os gêneros ($p = 0,2230$). O grau de dependência de cada variável Q segundo a variável gênero demonstrou associação significativa apenas em relação à Q20 ($p = 0,0100$).

Não houve diferença estatisticamente significativa entre a média do número total de acertos e erros, segundo os grupos de idade ($p = 0,2825$). O grau de dependência de cada variável Q segundo a variável grupos de idade demonstrou associação significativa apenas em relação à Q21 ($p = 0,0479$) e Q22 ($p = 0,0015$).

No Quadro 2, se apresentam tabulados os resultados obtidos frente à aplicação do Questionário junto à população estudada, dispostos em número de acertos para cada uma das 23 questões, bem como a resposta considerada correta para cada Q.

A questão com menor frequência de acerto foi a Q 23, com total de 40 acertos (13,60%); enquanto que a com maior frequência de acertos foi a Q 21, com 284 acertos (96,59%), conforme Quadro 2.

QUADRO 2 - DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA DOS ACERTOS NAS RESPOSTAS EM RELAÇÃO A CADA QUESTÃO.

Questão	Questão correta	ACERTOS n *	ACERTOS %*
Q1	F	279	94,98
Q2	V	189	64,28
Q3	F	208	70,74
Q4	V	224	76,19
Q5	F	241	81,97
Q6	V	273	92,85
Q7	F	69	23,46
Q8	V	199	67,68
Q9	F	143	48,63
Q10	V	182	61,90
Q11	F	54	18,36
Q12	V	240	81,63
Q13	F	275	93,53
Q14	V	255	86,73
Q15	F	138	46,93
Q16	V	154	52,38
Q17	F	181	61,56
Q18	V	144	48,97
Q19	V	156	53,06
Q20	V	89	30,27
Q21	V	284	96,59
Q22	V	245	83,33
Q23	F	40	13,60

Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006.

A média de acertos produzidos pela população estudada foi de 14,49 questões respondidas corretamente, correspondendo a um escore de 63,00% em relação ao questionário utilizado (Quadro 3).

A maior média de acertos foi produzida pela **IES 2** de 14,61 (63,52%); seguida da **IES 1** com 14,56 (63,30%), **IES 3** com 14,43 (62,73%) e **IES 4** com 14,22 (61,82%) respectivamente (Quadro 3), porém sem diferença estatística significativa ($p=0,7674$).

O escore máximo verificado entre as IES foi de 91,30% (21 acertos) para a IES 1, de 82,60% (19 acertos) para a IES 2 e de 78,26% (18 acertos) para as IES 3 e 4. Já os menores escores verificados segundo as IES, foram de 34,78% (08 acertos) para a IES 2, de 39,13% (09 acertos) para as IES 1 e 4; e de 47,82% (11 acertos) para a IES 3, conforme tabela 1.

TABELA 1- MÁXIMO E MÍNIMO DE ACERTOS PRODUZIDOS PELA POPULAÇÃO ESTUDADA SEGUNDO AS IES

IES	MÁXIMO		MÍNIMO	
	n	%	n	%
IES 1	21	91,30	09	39,13
IES 2	19	82,60	08	34,78
IES 3	18	78,26	11	47,82
IES 4	18	78,26	09	39,13
TOTAL	21	91,30	08	34,78

Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006.

QUADRO 3- ESTATÍSTICA DESCRITIVA DOS ACERTOS PRODUZIDOS PELA POPULAÇÃO EM RELAÇÃO A CADA QUESTÃO (Q), SEGUNDO AS IES

QUESTÕES	IES 1 n = 100	IES 2 n = 94	IES 3 n = 46	IES 4 n = 54	TOTAL N = 294
Q1	90	92	44	53	279
Q2	72	54	29	34	189
Q3	68	66	35	39	208
Q4	72	81	31	40	224
Q5	80	79	39	43	241
Q6	94	90	39	50	273
Q7	17	22	16	14	69
Q8	71	68	28	32	199
Q9	55	44	21	23	143
Q10	69	52	27	34	182
Q11	18	22	5	9	54
Q12	78	76	44	42	240
Q13	92	91	44	48	275
Q14	87	87	40	41	255
Q15	40	47	17	34	138
Q16	51	54	21	28	154
Q17	59	59	30	33	181
Q18	54	41	24	25	144
Q19	49	48	27	32	156
Q20	40	15	18	16	89
Q21	95	93	46	50	284
Q22	89	80	36	40	245

Q23	16	13	3	8	40
TOTAL DE ACERTOS	1456	1374	664	768	4262
MÉDIA DE ACERTOS (%)	14,56	14,61	14,43	14,22	14,49
ESCORE	63,30	63,52	62,73	61,82	63,00

n = número de participantes por IES; N = número total de componentes da população estudada.

Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006.

Em relação às médias de acertos produzidas segundo os gêneros, homens tiveram uma média de 14,73 enquanto que as mulheres obtiveram média 14,38 (Quadro 4), não apresentando diferença estatística significativa ($p=0,2230$). O escore máximo verificado para os gêneros foi de 91,30 (21 acertos) para o masculino e 86,95 (20 acertos) para o feminino. O escore mínimo verificado segundo os gêneros foi de 39,13 (9 acertos) e 34,78 (8 acertos), sendo este para o gênero feminino e aquele para o masculino (Tabela 2).

QUADRO 4- ESTATÍSTICA DESCRITIVA DOS ACERTOS PRODUZIDOS PELA POPULAÇÃO EM RELAÇÃO A CADA QUESTÃO, SEGUNDO OS GÊNEROS

QUESTÕES	GÊNERO 0 n = 94	GÊNERO 1 N = 200	TOTAL N = 294
Q1	90	189	279
Q2	61	128	189
Q3	68	140	208
Q4	70	154	224
Q5	81	160	241
Q6	86	187	273
Q7	22	47	69
Q8	69	130	199
Q9	45	98	143
Q10	59	123	182
Q11	22	32	54
Q12	75	165	240
Q13	89	186	275
Q14	81	174	255
Q15	47	91	138
Q16	55	99	154
Q17	61	120	181
Q18	54	90	144
Q19	49	107	156
Q20	19	70	89
Q21	92	192	284
Q22	76	169	245
Q23	14	26	40
TOTAL DE ACERTOS	1385	2877	4262
MÉDIA DE ACERTOS (%)	14,73	14,38	14,49
ESCORE	64,08	62,52	63,00

n = número de participantes por gênero;

N = número total de componentes da população estudada.

Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006.

TABELA 2- ESTATÍSTICA DESCRITIVA DO MAIOR E DO MENOR NÚMERO DE ACERTOS

SEGUNDO OS GÊNEROS				
GÊNERO	MÍNIMO		MÁXIMO	
	ACERTOS	ESCORE	ACERTOS	ESCORE
0	9	39,13	21	91,30
1	8	34,78	20	86,95

Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006.

Em relação às médias de acertos produzidas segundo os grupos de idade, o grupo G1 teve uma média de acerto de 14,62 enquanto que o G2 obteve média de 14,34 (Quadro 5.), diferença estatisticamente não significativa ($p=0,2825$). O maior número de acertos observados em G1 foi de 21, gerando um escore de 91,30, enquanto que em G2 foi de 19 com escore de 82,60. O menor número de acertos observados em G1 foi de 10, representando uma escore de 43,47, enquanto que em G2 estes números são de 8 e 34,78 respectivamente, conforme Tabela 3.

TABELA 3- ESTATÍSTICA DESCRITIVA DO MAIOR E DO MENOR NÚMERO DE ACERTOS SEGUNDO OS GRUPOS DE IDADE

GRUPO ETÁRIO	MÍNIMO		MÁXIMO	
	ACERTOS	ESCORE	ACERTOS	ESCORE
G1	10	43,47	21	91,30
G2	8	34,78	19	82,60

Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006.

QUADRO 5- ESTATÍSTICA DESCRITIVA DOS ACERTOS PRODUZIDOS PELA POPULAÇÃO EM RELAÇÃO A CADA QUESTÃO, SEGUNDO OS GRUPOS DE IDADE

QUESTÕES	G1 n = 159	G2 n = 135	TOTAL N = 294
Q1	150	129	279
Q2	99	90	189
Q3	116	92	208
Q4	119	105	224
Q5	132	109	241
Q6	146	127	273
Q7	38	31	69
Q8	105	94	199
Q9	75	68	143
Q10	100	82	182
Q11	30	24	54
Q12	134	106	240
Q13	151	124	275
Q14	140	115	255
Q15	77	61	138
Q16	82	72	154
Q17	100	81	181
Q18	78	66	144
Q19	81	75	156
Q20	51	38	89
Q21	157	127	284
Q22	143	102	245
Q23	22	18	40
TOTAL DE ACERTOS	2326	1936	4262
MÉDIA DE ACERTOS (%)	14,62	14,34	14,49
ESCORE	63,56	62,34	63,00

n = número de participantes por Grupos de Idade;
N = número total de componentes da população estudada.
Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006.

5 DISCUSSÃO

De modo a avaliar o nível de informação a respeito do envelhecimento humano entre os acadêmicos matriculados no último ano dos cursos de Odontologia da cidade de Curitiba, Estado do Paraná, em 2006, o presente trabalho contemplou a aplicação do questionário de Palmore (1977) modificado e adaptado à realidade brasileira por Cerri e Bolzani (2004).

Leão e Oliveira (2005) afirmam que a justificativa para a adaptação de um instrumento é verificada quando o mesmo foi elaborado em uma cultura diferente daquela onde vai ser utilizado (LEÃO; OLIVEIRA, 2005).

O questionário original de Palmore (FAQ) é composto de 25 perguntas das quais as questões 24 e 25 não compuseram o instrumento modificado por Cerri e Bolzani (2004). A questão 24 do FAQ traz em seu texto a seguinte afirmação : “A maioria das pessoas idosas vivem constantemente irritadas ou bravas”. Já para a questão 25 o texto é: “ No ano 2000, a saúde e o status socioeconômico das pessoas idosas (comparados aos das pessoas jovens), provavelmente serão quase os mesmos de agora”. Não foram encontradas justificativas junto ao trabalho de Cerri e Bolzani (2004) sobre o porque destas questões não terem sido contempladas na modificação e adaptação do questionário. Em relação à questão 25 do FAQ, esta possui uma redação referindo-se ao ano 2000 como sendo algo vindouro, sugerindo que este deve ter sido motivo pelo qual ela não tenha sido incluída no questionário de Cerri e Bolzani (2004).

Pennington, Pachana e Coyle (2001) utilizaram uma versão do FAQ modificado à realidade da Nova Zelândia, onde foi acrescentada, ainda, uma terceira opção de resposta além de verdadeiro ou falso, a “não sei”. Os autores afirmam que a adição desta resposta reduziu a adivinhação de algumas questões e aumentou a consistência interna do instrumento. A manifestação de que houvesse uma alternativa de resposta “não sei”, foi uma sugestão verificada durante a aplicação do questionário junto às quatro IES pesquisadas no presente estudo.

O FAQ de Palmore (1977), ainda hoje tem sido utilizado para pesquisa sobre o envelhecimento (OBIEKWE, 2001; GAMBERT, 2005) embora tenha sido idealizado há 29 anos. Gambert (2005) utilizou o FAQ junto aos médicos residentes e estudantes de enfermagem em um Hospital de Baltimore. O autor

afirmou que a utilização do questionário foi de suma importância para que os alunos mudassem a visão estereotipada em relação aos idosos e estimulassem o interesse para estudar sobre o assunto.

Palmore (1977) sugere que o FAQ seja utilizado dentre outras finalidades, para mensurar e comparar os níveis de informação sobre o envelhecimento humano, entre diferentes grupos ou dentro de um mesmo grupo.

Cerri e Bolzani (2004) enviaram o questionário modificado e adaptado à realidade brasileira para 87 cirurgiões-dentistas da assistência básica da rede de saúde pública da cidade de Campinas, sendo que destes, 75 (86,20%) foram devolvidos e respondidos por 38 (50,70%) indivíduos pertencentes aos Centros de Saúde da prefeitura de Campinas e 37 (49,30) pertencentes aos Centros de Saúde Municipais e o Serviço de Odontologia da Coordenadoria de Serviços Sociais – Centro de Saúde da Comunidade (CECOM) – Universidade de Campinas (UNICAMP). O presente trabalho trouxe todas as questões de todos os questionários preenchidos, em contrapartida Cerri e Bolzani (2004) observaram que alguns cirurgiões-dentistas se abstiveram de responder às questões. Isto pode ter sido verificado devido ao fato de que Cerri e Bolzani enviaram os questionários à população selecionada, diferentemente do que apresentou-se no presente trabalho, onde foi utilizado o método de “Auto-relatos”. Neste aspecto observou-se a afirmação de Leão e Oliveira (2005) de que, com o envio de questionário, o custo de aplicação se torna mais baixo, porém pode trazer alguns inconvenientes como: a) demora para se obter retorno do instrumento preenchido; b) o questionário pode ser devolvido, total ou parcialmente sem resposta; c) outra pessoa, que não o destinatário, pode responder o questionário; e d) eventuais dúvidas durante o preenchimento não poderão ser resolvidas.

Assim sendo este estudo visou a aplicação do FAQ modificado e adaptado à realidade brasileira em uma população que foi composta por 294 estudantes pertencentes às quatro IES que ofertam vagas para o curso de Odontologia, localizadas em Curitiba. O Conselho Federal de Odontologia (CFO, 2005) aponta a oferta de 342 vagas/ano para acadêmicos em cursos de Odontologia na cidade de Curitiba / Paraná (Tabela 4).

TABELA 4- ACADÊMICOS DE ODONTOLOGIA DAS FACULDADES DE CURITIBA
MATRICULADOS NO ÚLTIMO ANO EM 2006 EM RELAÇÃO À OFERTA DE

VAGAS/ANO			
IES / VAGAS	VAGAS / ANO	ACADÊMICOS (n)	ACADÊMICOS (%)
IES 1	120	100	83,33
IES 2	92	94**	102,17*
IES 3	60	46	76,66
IES 4	70	54	77,14
TOTAL	342	294	85,96

Fonte: CFO, 2005.

** A IES 2 é a única IES pública localizada na cidade de Curitiba e apresenta número excedente de acadêmicos, devido à presença de três alunos que foram transferidos de outras Instituições de Ensino Superior (IES).

Foi verificada a predominância do gênero feminino junto às quatro IES estudadas. Isto confirma a tendência observada pelo Conselho Federal de Odontologia (CFO, 2006), que revela o crescimento de 181% de estudantes do gênero feminino em IES brasileiras no período de 1991 a 2004, representando mais de 60% dos estudantes de Odontologia. Sobre a população estudada no trabalho de Cerri e Bolzani (2004), em relação aos gêneros, a maioria era composta por mulheres (69,30%), fato que também confirma a afirmação do CFO (CFO, 2006) que apresenta a maior parte dos dentistas (54,5%) sendo gênero feminino. Estes achados confirmam a afirmação de Moysés (2004) o qual refere-se à feminização da Odontologia como sendo uma tendência de inserção profissional do dentista no mercado de trabalho.

As IES 3 e 4 apresentam uma média de idade maior que as IES 1 e 2, sendo 24,39 e 24,35 para as IES 3 e 4 ; e 22,60 para IES 1 e 2. Não foi explorado o porque da diferença entre as médias de idade segundo as IES, por não ser objetivo da pesquisa (Tabela 5).

TABELA 5- ACADÊMICOS DOS CURSOS DE ODONTOLOGIA DE CURITIBA MATRICULADOS

NO ÚLTIMO ANO EM 2006, EM RELAÇÃO À IDADE CRONOLÓGICA

IES	IDADE MÁXIMA	IDADE MÍNIMA	MÉDIA A	MEDIANA	D.P.	C.V.
IES 1	36	21	22,60	22,00	2,48	10,98
IES 2	28	20	22,60	22,00	1,74	7,72
IES 3	47	21	24,39	23,00	5,46	22,40
IES 4	39	21	24,35	23,00	3,67	15,08
TOTAL	47	20	23,20	22,00	3,28	14,15

Média A = Média aritmética; D.P. = Desvio padrão; C.V. = Coeficiente de variação (%).

Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006.

Em relação à média geral de acertos observados entre os acadêmicos de último ano dos cursos de Odontologia de Curitiba, observou-se a média de 14,49 (63,00%), sendo de 14,56 (63,30%) para a variável IES 1; de 14,61 (63,52%) para a IES 2; de 14,43 (62,73%) para a IES 3; e de 14,22 (61,82%) para a IES 4. Em relação à média de acertos segundo a variável gênero, esta foi de 14,73 (64,08%) para o masculino e de 14,38 (62,52%) para o feminino. Sobre a variável grupos de idade G1 e G2, a média de acertos produzidos foi de 14,34 (62,34%) para este e de 14,73 (64,08%) para aquele.

Em relação à média de acertos produzidos pelos profissionais do CECOM-UNICAMP, Cerri e Bolzani (2004) encontraram o valor de 15,76 (68,52%), enquanto que para os profissionais dos Centros de Saúde Municipal este valor foi de 15,26 (66,34%).

O nível de informação sobre o envelhecimento humano entre os formandos (egressos / profissionais) de Odontologia de Curitiba foi de 63,00%, relativo a uma média de 14,49 questões respondidas de maneira correta. Entre a média geral de acertos segundo às variáveis IES, gênero, grupos de idade, há de se observar que não houve diferença estatisticamente significativa entre estas variáveis. A média geral de acertos foi um pouco maior entre os cirurgiões-dentistas (profissionais) da rede pública de Campinas (São Paulo) do que entre os acadêmicos (estudantes) pertencentes ao último ano dos cursos de Odontologia ofertados em Curitiba (Paraná). O fato de que os profissionais tinham na época (2004) um tempo médio de exercício da profissão de 18,28 anos (entre 5 e 45 anos),

pode ter sido determinante para que o nível de acertos fosse maior.

Os dados obtidos junto aos acadêmicos mostram dependência estatística entre a média de acertos produzidos e a variável IES (Q1, Q4, Q14, Q15 e Q20), a variável gênero (Q20) e a variável grupos etários (Q21 e Q22).

Em relação à Q1 o teste χ^2 acusou dependência estatística entre a variável IES e a média de acertos produzidos na questão, com $p=0,0480$. Este valor verificou-se devido ao fato de que os indivíduos pertencentes à IES 1 erraram mais do que os indivíduos pertencentes a outras IES.

Em Q4 o teste χ^2 acusou dependência estatística entre a média de acertos e a variável IES com $p=0,0415$, fato observado devido ao fato de que os indivíduos que pertencem às IES 1, 3 e 4 erraram mais do que os que pertencem à IES 2.

Q14 também apresentou dependência estatística entre as variáveis IES e a média de acertos produzidos, onde observou-se o valor de (χ^2) $p=0,0409$, fato verificado devido a maior quantidade de erros observados junto às IES 3 e 4 quando comparadas às IES 1 e 2.

Em Q15 o teste χ^2 acusou um valor de $p=0,0213$, mostrando dependência estatística entre a média de acertos e a variável IES, pois os indivíduos pertencentes às IES 1 e 3 erraram mais do que os pertencentes às IES 2 e 4.

Em relação à Q20 o teste χ^2 acusou dependência estatística entre a média de acertos e a variável IES ($p=0,0015$), pois os indivíduos pertencentes às IES 2 e 4 erraram mais do que os das IES 1 e 3. Em relação a média de acertos segundo a variável gênero, o teste Exato de Fischer acusou dependência entre estas variáveis, com $p=0,0100$. O gênero masculino errou mais do que o feminino.

Na aplicação do teste Exato de Fischer, verificou-se a dependência estatística entre a média de acertos e a variável grupos etários em Q21 e Q22, acusando o valor de $p=0,0479$ (Q21) e $p=0,0015$ (Q22), fato observado devido à maior quantidade de erros apresentados pelos indivíduos pertencentes ao G2 em ambas as questões.

Cerri e Bolzani (2004) não verificaram a dependência estatística de cada variável Q segundo os grupos pesquisados, porém verificaram não haver diferença estatisticamente significativa entre o total de acertos produzidos entre os

dois grupos pesquisados.

Em relação às questões com maior frequência de acertos neste trabalho, verificou-se que estas foram as Q21, Q1, Q13 e Q6.

A questão 21 refere-se à condição de sobrevivência econômica dos idosos, trazendo a afirmação de que a maioria dos idosos recebe aposentadorias muito baixas, de aproximadamente um salário mínimo. O escore produzido nesta questão foi o mais alto, representando uma média de acertos 96,59%. Este escore reflete a associação da velhice com a fragilidade econômica. Neri A.L. (2005) relata que dados sócio-demográficos mostram que os idosos brasileiros, de maneira geral, são menos pobres do que o restante da população e que existe um intenso fluxo de ajuda mútua entre os idosos e os filhos adultos, principalmente em população de baixa renda. A autora ainda reforça que em várias pequenas cidades do Brasil, os idosos movimentam a economia com suas pequenas aposentadorias.

A questão 1 refere-se à condição de os idosos serem senis, terem memória deficiente, sendo desorientados ou dementes. A literatura consultada mostrou que esta afirmação não é verdadeira. A média de acertos observados produziu um escore de 94,98% nesta questão, mostrando que neste aspecto, a população estudada possui uma visão positiva em relação á estereótipos de velhice patológica associada à senilidade. Neri A.L. (2005) refere-se à associação da velhice com o declínio intelectual como sendo fator determinante para o afastamento do trabalho, para que não se permita a realização de tarefas de exigência intelectual e atividades de reciclagem profissional, bem como de aprendizagem.

A questão 13 refere-se à capacidade que os idosos têm para aprenderem algo novo. A literatura consultada mostrou que os idosos geralmente levam mais tempo para aprender algo novo, mas que o aprendizado não lhes é impossível. A média de acertos observados nesta questão produziu um escore de 93,53%, mostrando que também neste aspecto, a população estudada possui uma boa percepção da realidade dos idosos.

E finalmente a questão 6 contempla a afirmação de que a força física tende a declinar na velhice. A literatura consultada justifica tal afirmação. A média de acertos observados produziu um escore de 92,85% nesta questão, mostrando que neste aspecto, a realidade dos idosos é bem percebida pela

população estudada. Mendonça (2005) observa que o envelhecimento é acompanhado de perda da massa muscular, mas que a prática de exercícios adequados à idade propicia melhora na força da musculatura, porém sem aumento da massa dos músculos.

Em relação às questões que obtiveram a menor frequência de acertos nesta pesquisa, estão a Q23, Q11, Q7 e Q20.

A questão 23 refere-se à associação entre o aumento da religiosidade e o aumento da idade cronológica dos idosos. A literatura consultada permitiu concluir que muitas pessoas, independente da idade, recorrem a Deus como recurso para o enfrentamento de seus problemas de saúde e de estresse, como afirmam Faria e Seidl (2005). O fato de aumentar a idade cronológica, não quer dizer que as pessoas tendam a aumentar a sua religiosidade, ou seja, não é um efeito do envelhecimento. Esta foi a questão onde foi observada a menor média de acertos, produzindo um escore de 13,60%. Neste aspecto a população estudada pode ter se baseado no fato de que a atual geração de idosos é mais religiosa do que a atual geração de pessoas mais jovens.

A questão 11 reporta-se à grande maioria dos idosos como sendo muito resistente em seu ponto de vista, não favorecendo a mudança em sua maneira de pensar ou de agir facilmente. Com base na literatura consultada permitiu-se concluir que esta afirmação não é correta. Sendo assim, a média de acertos observados permitiu um escore de 18,36%, mostrando que a maioria da população estudada acredita em estereótipos de velhos obstinados em seus rumos e incapazes de mudar. Argimon *et al.* (2004), afirmam que o fato de que idosos não são capazes de coordenarem suas vidas, nem de terem objetivos de vida, nem de aprenderem e nem de mudarem, não passa de crença, mas que esta pode contribuir para que os idosos, muitas vezes acabem por assumir este papel e sintam-se impotentes.

A questão 7 refere-se a uma porcentagem de 20,00% de idosos brasileiros vivendo em instituições de longa permanência como asilos, casas de repouso, etc. As referências consultadas permitem concluir que não há estudos populacionais no Brasil que mostrem o real índice de institucionalização de idosos. Porém, Cerri e Bolzani (2004) afirmam que mesmo sem ter uma informação precisa

sobre os dados a respeito da institucionalização, pode se estimar que menos de 20% da população idosa brasileira encontra-se abrigada em instituições. Desta forma foi considerado como resposta correta para Q7 a alternativa “F”, a qual rejeita a afirmação que compõe a questão. Assim, a média de acertos observados foi de 23,46%.

E por fim a questão 20 traz a afirmação de que a maioria dos agentes de saúde tende a dar pouca prioridade para pacientes idosos. Esta foi a questão, dentre todas as outras, onde foi utilizado o maior número de trabalhos para se justificar a resposta correta como sendo a alternativa “V”. A média de acertos observados permitiu um escore de 30,27%. Neri A.L. (2005) afirma que mais do que uma conquista pessoal o envelhecimento saudável depende dos investimentos em saúde e em educação ao longo de toda a vida, cabendo ao governo, à IES e às profissões o estabelecimento de bases para o desenvolvimento bem sucedido de todos os cidadãos. Neste aspecto amplo da promoção de saúde favorecendo o envelhecimento bem sucedido, cabe ressaltar mais uma vez a afirmação de Millen (2003) de que, no Brasil, as condições adequadas para uma vida saudável e de qualidade nem sempre são possíveis, pois existem questões bem controversas como o discurso de alimentação apropriada, no país da fome; da questão de moradia, no sentido de ter abrigo e possibilidade de proteção, onde muitos não a têm; que em relação à educação, os idosos nem sempre estão incluídos no processo educativo, pois suas capacidades de aprender e de desejar são, muitas vezes, subestimadas; que em relação ao trabalho, quando precisam ou querem trabalhar, quase sempre não conseguem; e que em relação ao meio ambiente, este nem sempre lhes é favorável, faltando planejamento ambiental, informações e falta de estruturas adequadas que pensem na saúde dos que envelhecem.

No estudo de Cerri e Bolzani (2004) a questão que obteve o maior índice de acertos foi a Q1, a qual se refere à senilidade (velhice patológica), evidenciando que, por parte dos cirurgiões dentistas estudados, há uma visão positiva sobre a velhice, a qual confronta os estereótipos negativos associados com o envelhecimento.

Em relação à questão que obteve o menor índice de acertos, Cerri e Bolzani (2004) observaram que este ocorreu junto à Q23, dado que é observado

também no presente estudo. A afirmação de que os idosos tendem a aumentar a religiosidade com o passar da idade parece estar associado a estereótipos atuais (Cerri e Bolzani, 2004).

Palmore (1980) ao avaliar 25 diferentes estudos, na América do Norte, Europa e Ásia, que utilizaram o FAQ, verificou que estes apontaram 6 das mais frequentes questões com concepções errôneas sobre o envelhecimento, sendo elas as de número 7, 11, 16, 19, 21 e 24, coincidindo apenas em duas questões (7 e 11) com o presente trabalho. Ainda nesse estudo, Palmore (1980) afirma que dentre os grupos que responderam o FAQ, foram verificadas médias mais altas junto àqueles que tiveram treinamento em Gerontologia, quando comparados àqueles que não possuíam. Neste aspecto observa-se a afirmação de Ferreira-Alves e Novo (2006) de que há necessidade de uma intervenção cultural por parte da comunidade científica, no sentido de esclarecer, sempre que possível, os complexos enigmas de relação encontrados entre envelhecimento e saúde, envelhecimento e doença e envelhecimento e competência.

Ao referir-se sobre a Educação em Odontologia, Moysés (2003) afirma que os aspectos demográficos e suas consequências epidemiológicas não são levadas em consideração nos processos ensino-aprendizagem e na orientação curricular, pois os conteúdos curriculares são pressupostos estáticos, bastando ver a lentidão na incorporação de aspectos demográficos ligados ao envelhecimento populacional e ao aumento da população feminina.

Pode-se pressupor que as respostas foram dadas considerando a percepção sobre o envelhecimento humano que cada formando (egresso / profissional) carrega como experiência de vida, já que nenhuma das IES estudadas contempla uma disciplina de Gerontologia.

Os resultados deste trabalho apontam para um conhecimento mediano a respeito do tema proposto, semelhante à conclusão de Cerri e Bolzani (2004).

7 CONCLUSÃO

A pesquisa elegeu o tema envelhecimento humano por julgar importante discutir este fenômeno frente ao perfil de transição demográfica apresentado em nosso país. De antemão, sabe-se que o objeto central da pesquisa não foi a avaliação curricular, pois as IES as quais os indivíduos da pesquisa pertencem não contemplam uma disciplina específica sobre o assunto.

Avaliou-se, portanto a percepção dos estudantes do último ano de graduação, pois estes são portadores de acúmulos de suas experiências pessoais, somadas à quase totalidade dos créditos do ensino formal. Desta forma os dados subjetivos (qualitativos) que foram expressos em uma escala (instrumento) de investigação quantitativa pelos indivíduos que compuseram a população, não representam uma análise da experiência acadêmica puramente, mas principalmente o resultado de suas vivências e experiências extra curriculares.

Não houve diferença estatisticamente significativa entre a média geral de acertos produzidos segundo as variáveis IES, gênero e grupos etários.

Os resultados apresentados permitem concluir que os formandos (egressos / profissionais) de Odontologia de Curitiba (2006) possuem um conhecimento mediano a respeito do tema proposto. Recomenda-se que estudos sobre questões gerontológicas e geriátricas sejam introduzidas ou aprofundadas nos cursos de Odontologia.

Sugere-se também a necessidade de realização de pesquisas que informem dados a respeito da população idosa abrigada em instituições de longa permanência no Brasil.

A fim de se avaliar o nível de informação dos acadêmicos de Odontologia de outras IES brasileiras sobre o envelhecimento humano, novas pesquisas devem ser desenvolvidas, particularmente naquelas que já tenham em seus currículos a disciplina específica de Gerontologia.

REFERÊNCIAS *

- AGUIAR, M.C.A.; MONTENEGRO, F.L.B.; OLIVEIRA, E.R.A.; MARCHINI, L. Interdisciplinaridade: uma análise da importância da Odontologia para médicos geriatras. **Medcenter. com Odontologia** 2006. Disponível em: URL:<http://www.odontologia.com.br/artigos.asp?id=644> Acesso em: 03 jul. 2006.
- ANDRADE, S.M.; JORGE, M.H.P.M. Características das vítimas por acidentes de transporte terrestre em município da Região Sul do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.34, n.2, p.149-156, apr. 2000.
- ARGIMON, I.L.; STEIN, L.M.; XAVIER, F.M.F.; TRENTINI, C.M. O impacto de atividades de lazer no desenvolvimento cognitivo de idosos. **RBCEH – Rev. Bras. Ciênc. Envelhec. Hum.**, Passo Fundo, p.38-47, jan./jun. 2004.
- BAKKER FILHO, J.P. (Org.). **É permitido colher flores?: reflexões sobre o envelhecer**. Curitiba: Champagnat, 2000.
- BARROS, A.J.D.; AMARAL, R.L.; OLIVEIRA, M.S.B.; LIMA, S.C.; GONÇALVES, E.V. Acidentes de trânsito com vítimas: sub-registro, caracterização e letalidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.4, p.979-986, jul./ago. 2003.
- BEAUVIOR, S. **A velhice**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1994.
- BODACHNE, L. **Como envelhecer com saúde**. 2.ed. Curitiba: Champagnat, 1996.
- BORSOI, S.A. Terapia ocupacional aplicada a gerontologia. In: PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 2005. p.348-369.
- BÓS, A.M.G.; BÓS, A.J.G. Determinantes na escolha entre atendimento de saúde privada e pública por idosos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.38, n.1, p. 113-120, fev. 2004.
- BRASIL. Ministério da Educação .Câmara de Educação Superior. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. **Diário Oficial da União**, Brasília, 04 mar. 2002. Seção 1, p.10.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Secretaria de Gestão da Educação na Saúde. Documento da oficina de trabalho: **Mapeamento dos problemas e definição das ações educativas relativas à saúde do idoso**. Brasília, 2004.

* As Referências foram elaboradas de acordo com a NRB 6023 da ABNT (2002)

BRASIL. **Rede integrada de informações para a saúde**: Indicadores e dados básicos – Brasil – 2002. Disponível em: [URL:http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibd2002/matriz.htm](http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibd2002/matriz.htm) Acesso em: 17 jul. 2006

BRITTO, R.R.; SANTIAGO, L.; ELISA, P.; PEREIRA, L.S.M. Efeitos de um programa de treinamento físico sobre a capacidade funcional de idosos institucionalizados. **Textos Envelhecimento**, Rio de Janeiro, v.8, n.1, p.9-20. 2005.

BRUNETTI, R. F.; MONTENEGRO, F.L.B.; MANETTA, C.E. Odontologia geriátrica no Brasil: uma realidade para o novo século. **Atual Geriatria**, São Paulo, v.3, n.15, p.26-29, jan. 1998.

BRUNETTI, R.F.; MONTENEGRO, F.L.B. Odontogeriatrics: uma realidade no novo milênio. In: ROSENTHAL, E. **A Odontologia no Brasil durante o século XX**. São Paulo: Livraria Santos, 2001. p.215-218.

BRUNETTI, R.F., MONTENEGRO, F.L.B.Introdução. In: _____. **Odontogeriatrics**: noções de interesse clínico. São Paulo: Artes Médicas, 2002. p.1-26.

BRUNETTI, R.F., MONTENEGRO, F.L.B. **Odontogeriatrics**: noções de interesse clínico. São Paulo: Artes Médicas, 2002. p.27-52.

BRUNETTI, R.F., MONTENEGRO, F.L.B. Funções do sistema mastigatório e sua importância no processo digestivo. In: _____. **Odontogeriatrics**: noções de interesse clínico. São Paulo: Artes Médicas, 2002. p.53-60.

CABRERA, M. Aspectos biológicos do envelhecimento: bases biológicas, fisiológicas e imunológicas. In: CAMPOSTRINI, E. **Odontogeriatrics**. Rio de Janeiro: Revinter, 2004. p.16-20.

CACHIONI, M.; NERI, A.L. Educação e gerontologia: desafios e oportunidades. RBCEH – **Rev Bras. Ciênc. Envelhec. Hum.**, Passo Fundo, p.99-115. jan./jun. 2004.

CALDAS, C.P. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.773 – 781, maio/jun. 2003.

CAMPOS, A.P.M.; COSTA JÚNIOR, A.L. Avaliação de necessidades psicossociais de idosos: um estudo exploratório. **Psicol. Argumento**, Curitiba, v.22, n.36, p.19-24. jan./mar. 2004.

CAROMANO, F.; CANDELORO, J.M. Fundamentos da hidroterapia para idosos. **Arq. Ciênc. Saúde Unipar**, Umuarama, v.5, n.2, p.187-195. 2001.

CARVALHO FILHO, E.T. Fisiologia do envelhecimento. In: PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia**: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu, 2005. p.60-70.

CECHIN, J.; FERNANDES, A.Z. Ocorrência de acidentes de trabalho conforme a

GFIP. **Informe da Previdência Social**, Brasília, v.14, n.2, p.1-12, fev.2002.

CERRI, P.; BOLZANI, V.A. **Avaliação do conhecimento do cirurgião-dentista que trabalha na rede de saúde pública de Campinas sobre envelhecimento**. [Monografia de Especialização]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de Campinas (CCV-Odontologia), 2004.

CHAIMOWICZ, F.; GRECO, D.B. Dinâmica da institucionalização de idosos em Belo Horizonte, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.33, n.5, p.454-460, out. 1999.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. Relação das faculdades por Estado. Disponível em: [URL:http://www.cfo.org.br](http://www.cfo.org.br) Acesso em: 09 set. 2005.

COMFORT, A. **A boa idade**. São Paulo: Difel, 1979.

CORMACK, E.F. A saúde oral do idoso. Medcenter.com Odontologia [periódico online]. 2002. Disponível em : [URL:http://www.odontologia.com.br/artigos.asp?id=174](http://www.odontologia.com.br/artigos.asp?id=174) Acesso em: 06 Jun. 2006

_____. A equipe multiprofissional no atendimento ao paciente idoso. In: CAMPOSTRINI, E. **Odontogeriatría**. Rio de Janeiro: Revinter, 2004. p.114-118.

COUTINHO, M.P.L.; GONTIÊS, B.; ARAÚJO, L.F.; NOVA SÁ, R.C. Depressão, um sofrimento sem fronteira: representações sociais entre crianças e idosos. **Psico-USF**, Campinas, v.8, n.2, p.183-192, jul./dez. 2003.

COUTO, E.A.B. A comunicação com o idoso: técnicas e estratégias. In: CAMPOSTRINI, E. **Odontogeriatría**. Rio de Janeiro: Revinter, 2004. p. 32-37.

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

FARIA, J.B.; Seidl, E.M.F. Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença: revisão de literatura. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v.18, n.3, p.381-389, 2005.

FERRARI, M.A.C. Lazer e ocupação do tempo livre na terceira idade. In: PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 2005. p.98-105.

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

FRANKS, A.S.T.; HEDEGARD, B. Prefácio. In:_____. **Odontologia geriátrica**. Rio de Janeiro: Editorial Labor do Brasil, 1977. p.11.

FREITAS, M.C.; MARUYAMA, S.A.T.; FERREIRA, T.F.; MOTTA, A.M.A. Perspectivas das pesquisas em Gerontologia e Geriatria: revisão de literatura. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.10, n.2, p. 221-228, mar./abr. 2002.

FURTADO, A. **A participação do idoso no mercado de trabalho**. Câmara dos Deputados – Praça dos 3 Poderes – Consultoria Legislativa. Anexo III – Térreo. Brasília – DF, Fev. 2005.

GAMBERT, S.R. Older patients are persons too. **Clin. Geriatr.**, , v.13, n.9, p.10. Sept. 2005.

GARRIDO, R.; MENEZES, P.M. O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v.24, supl. 1, p.3 -6, abr. 2002.

GATTO, I.B. Aspectos psicológicos do envelhecimento. In: PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 2005. p.109-113.

GIACOMIN, K.C.; UCHÔA, E.; FIRMO, J.O.A.; LIMA-COSTA; M.F. Projeto Bambuí: um estudo de base populacional da prevalência e dos fatores associados à necessidade de cuidador entre idosos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p.80-91, jan./fev. 2005.

GIATTI, L.; BARRETO, S.M. Saúde, trabalho e envelhecimento no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.759-771, jun. 2003.

GOMES, NA. Histórico da Geriatria e da Gerontologia. In: SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA. **Caminhos do envelhecer**. Rio de Janeiro: Revinter, 1994. p.1-5.

HOLTZMAN, J.M.; BECK, J.D. Palmore's facts on aging quiz: a reappraisal. **Gerontologist**, St Louis, v.19, n.1, p.116-120. 1979.

KINA, S; CONRADO, C.A.; BRENNER, A.J.; KURIHARA, E. O ensino da estomatogeriatria no Brasil: a experiência de Maringá. **Rev. Odontol. Univ. São Paulo**, São Paulo, v.10, n.1, p. 69-73, jan./mar. 1996.

KLEMMACK, D.L.; DURAND, R.M. Who knows how much about aging ? **Res. Aging**, Thousand Oaks, v.2, n.4, p.432-444. 1980.

LEÃO, A.T.; OLIVEIRA, B.H. Questionário na pesquisa odontológica. In: LUIZ, R.R.; COSTA, A.J.L.; NADANOVSKY, P. **Epidemiologia e bioestatística na pesquisa odontológica**. São Paulo: Atheneu, 2005. p. 273-290.

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.

LOPES, A. **Os desafios da Gerontologia no Brasil**. Campinas: Alínea, 2000.

LOURENÇO, R.A.; MARTINS, C.S.F., SANCHEZ, M.A., VERAS, R.P. Assistência ambulatorial geriátrica: hierarquização da demanda. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.39, n.2, p.311-318, apr. 2005.

LUZARDO, A.R.; WALDMAN, B.F. Atenção ao familiar cuidador do idoso com doença de Alzheimer. **Acta Sci. Health Sci.**, Maringá, v.26, n.1, p.135-145. 2004.

MANSUR, L.L.; VIUDE, A. Aspectos fonoaudiológicos do envelhecimento. In: PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia**: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu, 2005. p.284-296.

MARCHINI, L. Plano de tratamento integrado em Odontogeriatría. In: BRUNETTI, R.F., MONTENEGRO, F.L.B. **Odontogeriatría**: noções de interesse clínico. São Paulo: Artes Médicas, 2002. p.164-173.

MATSUDO, S.M.; MATSUDO, V.K.R.; BARROS NETO, T.L.; ARAÚJO, T.L. Evolução do perfil neuromotor e capacidade funcional de mulheres fisicamente ativas de acordo com a idade cronológica. **Rev. Bras. Med. Esporte**, Niterói, v.9, n.6, p. 365-376, nov./ dez. 2003.

MELLO, H. S. A. **Odontogeriatría**. São Paulo: Livraria Santos, 2005.

MENDONÇA, L. I. Z. Envelhecimento neurológico. In: CARVALHO FILHO, E.T., PAPALÉO NETTO, M. **Geriatría**: fundamentos, clínica e terapêutica. 2.ed. São Paulo: Atheneu, 2005. p.95-101.

MILLEN, M.I. Terceira idade: aspectos médicos. **Rev. Magis**: Cadernos de Fé e Cultura, Rio de Janeiro, n. 43, p.42-45, jul. 2003.

MONTENEGRO, F.L.B.; BRUNETTI, R.F.; MANETTA, C.E. Aspectos psicológicos no atendimento do idoso. In: BRUNETTI, R.F., MONTENEGRO, F.L.B. **Odontogeriatría**: noções de interesse clínico. São Paulo: Artes Médicas, 2002. p.71-84.

MOREIRA, R.S.P.; SILVA, A.O.; LIMA, C.B. Os direitos do idoso: um entendimento de estudantes universitários. **Conc.** João Pessoa, v.5, n.7, p.155-160, jan./ jun. 2002.

MOSER, A.; AMORIM, C. Qualidade de vida na maturidade: perspectiva psicológica. In: BAKKER FILHO, J.P.(Org.). **É permitido colher flores?**: reflexões sobre o envelhecer. Curitiba: Cahmpagnat, 2000. p. 165-179.

MOUSSATCHÉ, A.H.; PINTO, M.D.P. A intervenção psicopedagógica num grupo de graduandos: O aluno – Oportunidade de aprendizagem para quem ensina. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA, 2., 2004, Belo Horizonte. **Anais...** Belo Horizonte, 2004.

MOYSÉS, S.J. Políticas de saúde e formação de recursos humanos em Odontologia. **Rev. ABENO**, São Paulo, v.4, n.1, p.30-37, jan./ dez. 2004.

NERI, A.L. Contribuições da psicologia ao estudo e à intervenção no campo da

velhice. **RBCEH – Rev. Bras. Ciênc. Envelhec. Hum.**, Passo Fundo, p. 69-80. jan./jun. 2004.

_____. As políticas de atendimento aos direitos da pessoa idosa expressas no Estatuto do Idoso. **A Terceira Idade (SESC)**, v. 16, n.34, p.7-24, out. 2005.

NERI, M. **A ética católica e o espírito da revolução feminina**. 2005. Disponível em: [URL:http://www.fgv.br/cps/religioes/Apresentação/valor.doc](http://www.fgv.br/cps/religioes/Apresentação/valor.doc) Acesso em: 06 jun. 2006.

OBIEKWE, J.C. Na item response theory analysis of Palmore's Facts on Aging Quiz (FAQ) using the three parameter model. In: ANNUAL CONFERENCE OF THE ASSOCIATION FOR GERONTOLOGY IN HIGHER EDUCATION, 2001, San Jose, CA.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

PALMORE, E. Facts on aging: a short quiz. **Gerodontologist**, St Louis, v.17, n.4, p.315-320, 1977.

_____. The facts on aging quiz: a review of findings. **Gerontologist**, St Louis, v.20, n.6, p.669-672, 1980.

PAPALÉO NETTO, M.; BORGONOV, N. Biologia e teorias do envelhecimento. In: PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia**: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu, 2005. p.44-59.

PAPALÉO NETTO, M.; CARVALHO FILHO, E.T.; SALLES, R.F.N. Fisiologia do envelhecimento. In: CARVALHO FILHO, E.T., PAPALÉO NETTO, M. **Geriatría**: fundamentos, clínica e terapêutica. 2.ed. São Paulo: Atheneu, 2005. p.43-62.

PAPALÉO NETTO, M.; PONTE, J.R. Envelhecimento: desafio na transição do século. In: PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia**: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu, 2005.p. 3-12.

PASCHOAL, S.M.P. Autonomia e independência. In: PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia**: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu, 2005. p.313-323.

PEREIRA, R.S., CURIONI, C.C., VERAS, R. Perfil demográfico da população idosa no Brasil e no Rio de Janeiro em 2002. **Textos Envelhecimento**, Rio de Janeiro, v.6, n.1, p.43-59. 2003.

PENNINGTON, H.R.; PACHANA, N.A.; COYLE, S.L. Use of the facts on aging quiz in New Zealand: Validation of questions, performance of a student sample, and effects of a don't know option. **Educ. Gerontol.**, v.27, n.5, July 1, 2001.

PALMORE, E. Facts on aging: a short quiz. **Gerodontologist**, St Louis, v.17, n.4, p.315-320, 1977.

PIÑEIRO, W.E. O envelhecimento e seu enquadramento pelo Direito: envelhecer e direitos do homem. **Revista Magis: Cadernos de Fé e Cultura (PUC–RIO)**, Rio de Janeiro, n. 43, jul. 2003.

PINHEIRO, V.C.; ARRUDA, G.A. Segurança do trabalho no Brasil. **Informe da Previdência Social**, Brasília, v.13, n.10, out. 2001.

RAFFONE, A.M.; HENNINGTON, E.A. Avaliação da capacidade funcional dos trabalhadores de enfermagem. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.39, n.4, p 669-676, ago. 2005.

RASQUIN, L.C.; RASQUIN, O.M. Considerações endodônticas no paciente idoso. In: CAMPOSTRINI, E. **Odontogeriatrics**. Rio de Janeiro: Revinter, 2004. p. 179-183.

RIBEIRO, A. Sexualidade na terceira idade. In: PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, p.124-135. 2005.

SALIBA, C. A.; SALIBA, N.A.; MARCELINO, G. MOIMAZ, S.A.S. Saúde bucal dos idosos: Uma realidade ignorada. **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.** São Paulo, v.53, n.4, p.279-282, jul./ago. 1999.

SANTANA, R.L.F.; POUCHAIN, G.C.; BISSI, L.F. A previdência social e o Censo 2000: Perfil dos idosos. **Informe da Previdência Social**, Brasília, v.14, n.9, set. 2002.

SANTOS, S.S.C. Envelhecimento: visão de filósofos da antigüidade oriental e ocidental. **Rev. RENE**. Fortaleza, v.2, n.1, p. 9-14. jan./jul. 2001.

SAYEG, M.A.; PEREIRA, S.R.M. Perfil de desempenho do geriatra e do gerontólogo. In: SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA. **Caminhos do envelhecer**. Rio de Janeiro, Revinter, 1994. p.35-38.

SILVA, M.C. O processo de envelhecimento no Brasil: desafios e perspectivas. **Textos Envelhecimento**, Rio de Janeiro, v.8, n.1. 2005.

SILVEIRA, R.; RODRIGUES, R.A.P.; COSTA JÚNIOR, M.L. Idosos que foram vítimas de acidentes de trânsito no município de Ribeirão Preto-SP, em 1998. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.10, n.6, p.765-771, nov./ dez. 2002.

SOBRAL, B. Uma incursão às questões do envelhecimento. **Revista Magis: Cadernos de Fé e Cultura (PUC–RIO)**, Rio de Janeiro, n. 43, jul. 2003.

SOUSA, L.; GALANTE, H.; FIGUEIREDO, D. Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.37, n.3, p.364-371, jun. 2003.

TIN, E. **Odontogeriatrics**: imperativo no ensino odontológico do novo perfil demográfico brasileiro. Campinas: Alínea, 2001.

VASCONCELLOS, D., NOVO, R.F., CASTRO, O.P., VION-DURY, K., RUSCHEL, A., COUTO, M.C.P.P., COLOMBY, P., GIAMI, A. A sexualidade no processo do envelhecimento: novas perspectivas – comparação transcultural. **Est. Psicol**, Natal, v.9, n.3, p. 413-419, set./dez. 2004.

VELOZ, M.C.T., NASCIMENTO-SCHULZE, C.M., CAMARGO, B.V. Representações sociais do envelhecimento. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v.12, n.2, p. 479-502. 1999.

VERAS, R.P. Considerações acerca de um jovem país que envelhece. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.4, n.4, p. 382-397, out./dez. 1988.

VERAS, R.P. O Brasil envelhecido e o preconceito social. In: _____. **Terceira idade**: alternativas para uma sociedade em transição. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: UERJ, UnATI, 1999. p.35-50.

_____. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, jun. 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, abr./jun. 2004.

VIVA a mulher brasileira. **Jornal do CFO**, Brasília, v.14, n.70, p.13, jan./fev. 2006

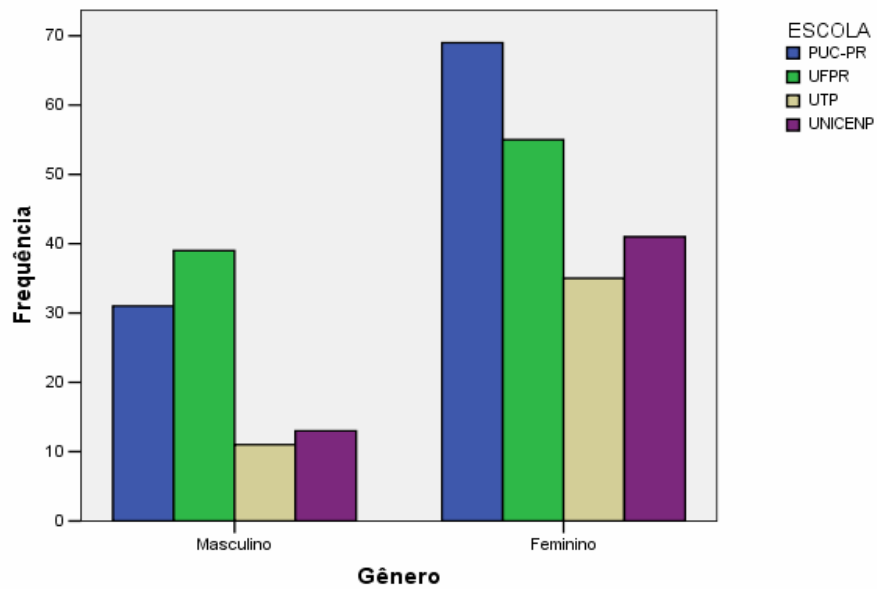
WALDVOGEL, B.C.; SILVA, D.W.T. Os idosos e as mortes por acidentes do trabalho em São Paulo. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS DA ABEP – BRASIL 500 ANOS: MUDANÇAS E CONTINUIDADES, 12., 2002, Caxambu. **Anais...** Belo Horizonte, 2002. v.1.

WERNER, C. W. Odontologia geriátrica. **Rev. Facul Odont Lins**, Lins, v.11, n.1, p. 62-70, jan./ jun. 1998.

APÊNDICES

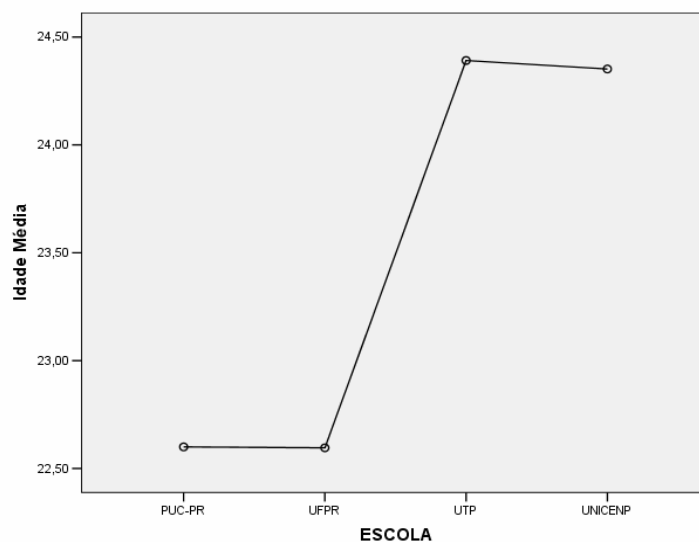
APÊNDICE A – Gráficos

GRÁFICO 1: DISTRIBUIÇÃO DOS ACADÊMICOS DO ÚLTIMO ANO EM 2006, DOS CURSOS DE ODONTOLOGIA DE CURITIBA-PARANÁ, SEGUNDO O GÊNERO E A IES EM QUE SE ENCONTRAM MATRICULADOS



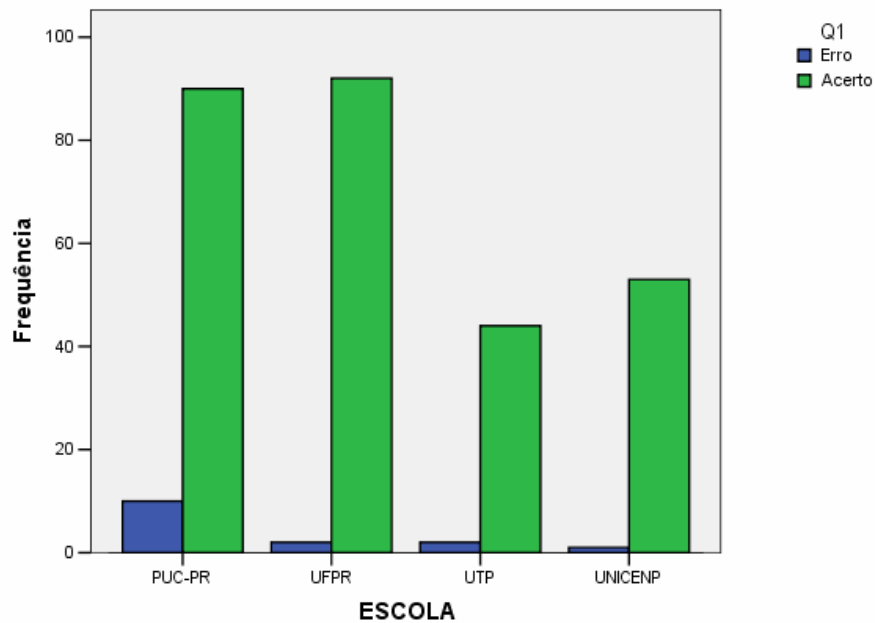
Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006.

GRÁFICO 2: MÉDIA DE IDADE DOS ACADÊMICOS DO ÚLTIMO ANO EM 2006, DOS CURSOS DE ODONTOLOGIA DE CURITIBA-PARANÁ, SEGUNDO A IES EM QUE SE ENCONTRAM MATRICULADOS



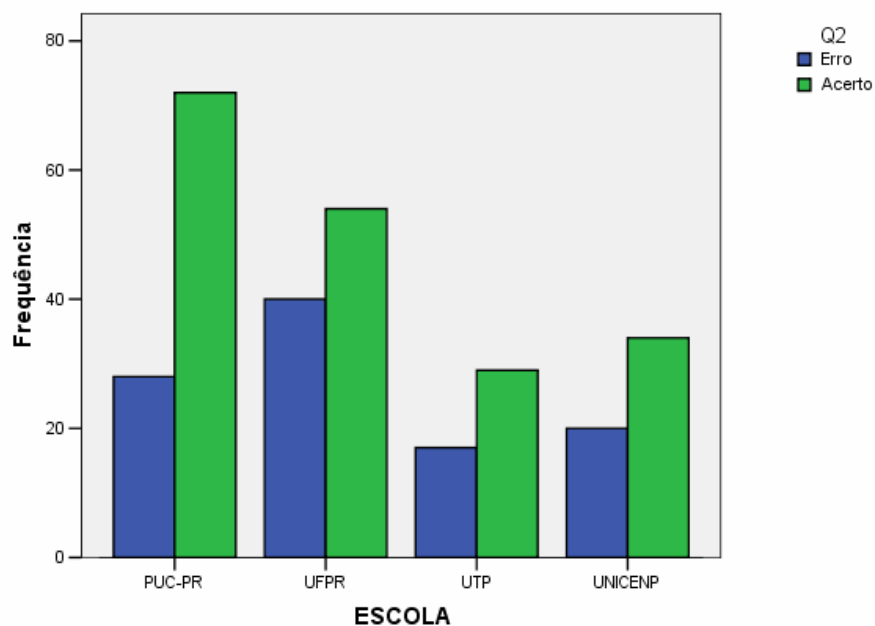
Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006.

GRÁFICO 3: DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA DE ERROS E ACERTOS DE Q1 SEGUNDO À IES EM QUE OS ACADÊMICOS DO ÚLTIMO ANO DOS CURSOS DE ODONTOLOGIA EM 2006, ESTÃO MATRICULADOS



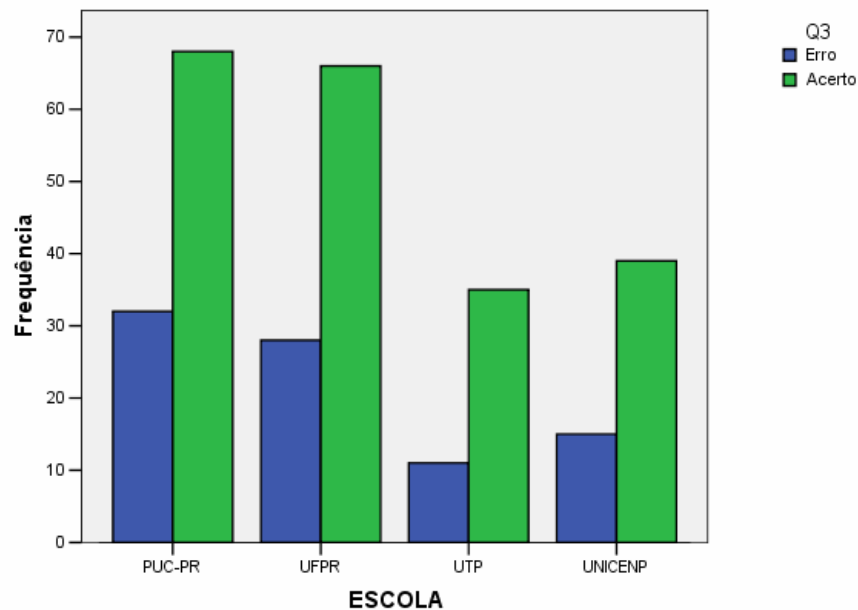
Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006.

GRÁFICO 4: DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA DE ERROS E ACERTOS DE Q2 SEGUNDO À IES EM QUE OS ACADÊMICOS DO ÚLTIMO ANO DOS CURSOS DE ODONTOLOGIA EM 2006, ESTÃO MATRICULADOS



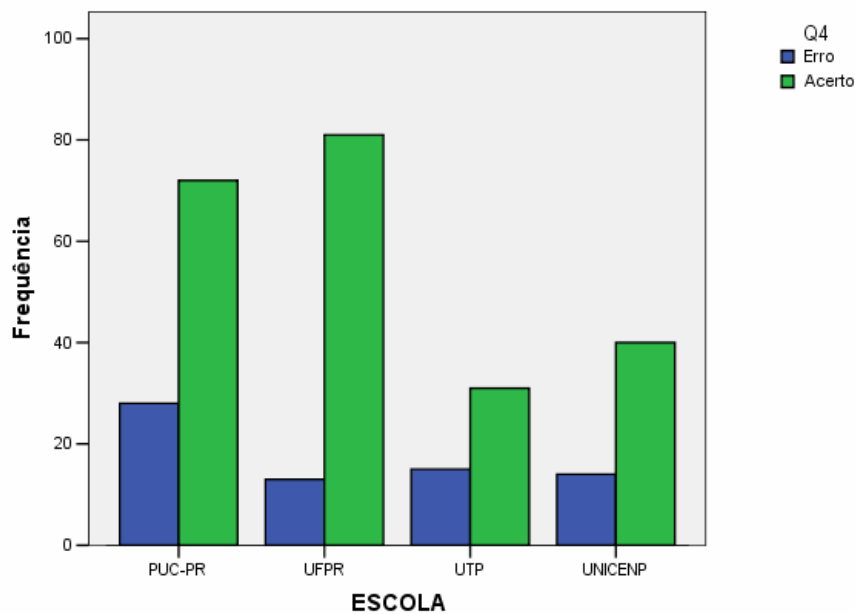
Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006.

GRÁFICO 5: DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA DE ERROS E ACERTOS DE Q3 SEGUNDO À IES EM QUE OS ACADÊMICOS DO ÚLTIMO ANO DOS CURSOS DE ODONTOLOGIA EM 2006, ESTÃO MATRICULADOS



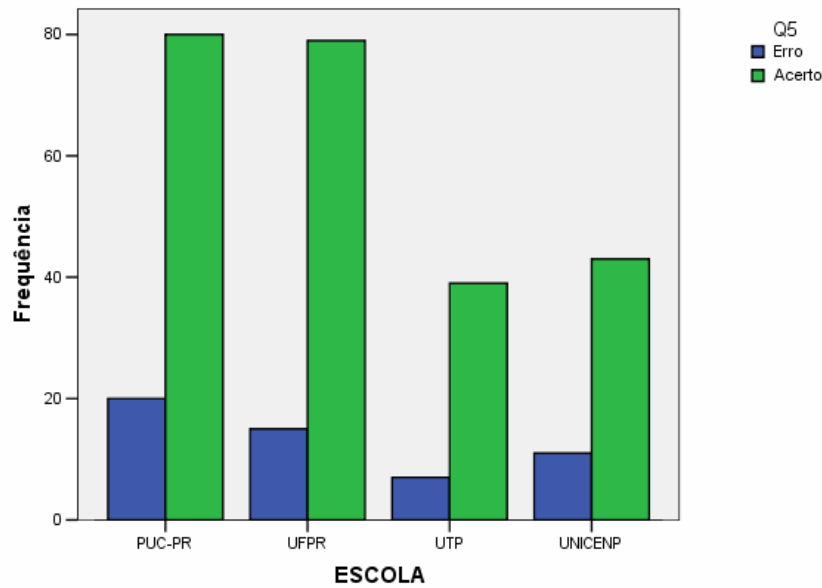
Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006.

GRÁFICO 6: DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA DE ERROS E ACERTOS DE Q4 SEGUNDO À IES EM QUE OS ACADÊMICOS DO ÚLTIMO ANO DOS CURSOS DE ODONTOLOGIA EM 2006, ESTÃO MATRICULADOS



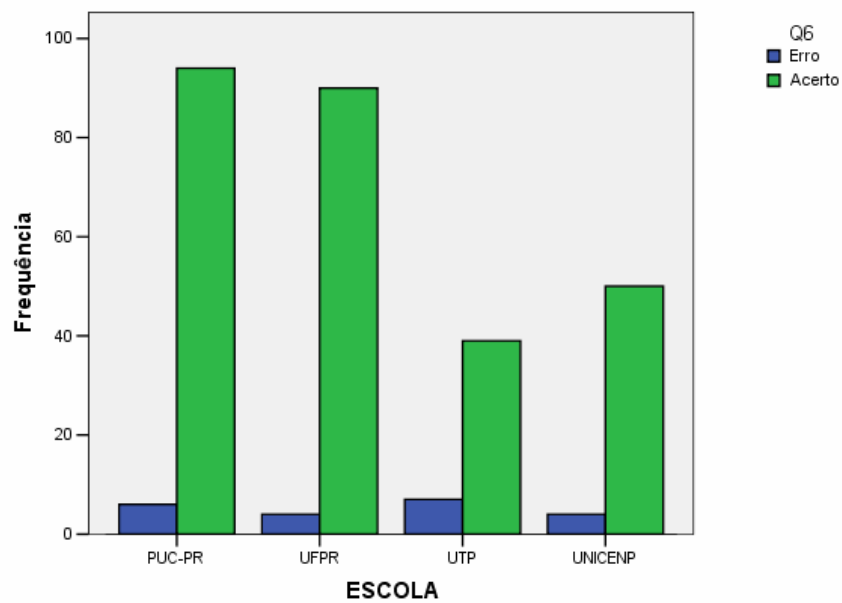
Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006.

GRÁFICO 7: DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA DE ERROS E ACERTOS DE Q5 SEGUNDO À IES EM QUE OS ACADÊMICOS DO ÚLTIMO ANO DOS CURSOS DE ODONTOLOGIA EM 2006, ESTÃO MATRICULADOS



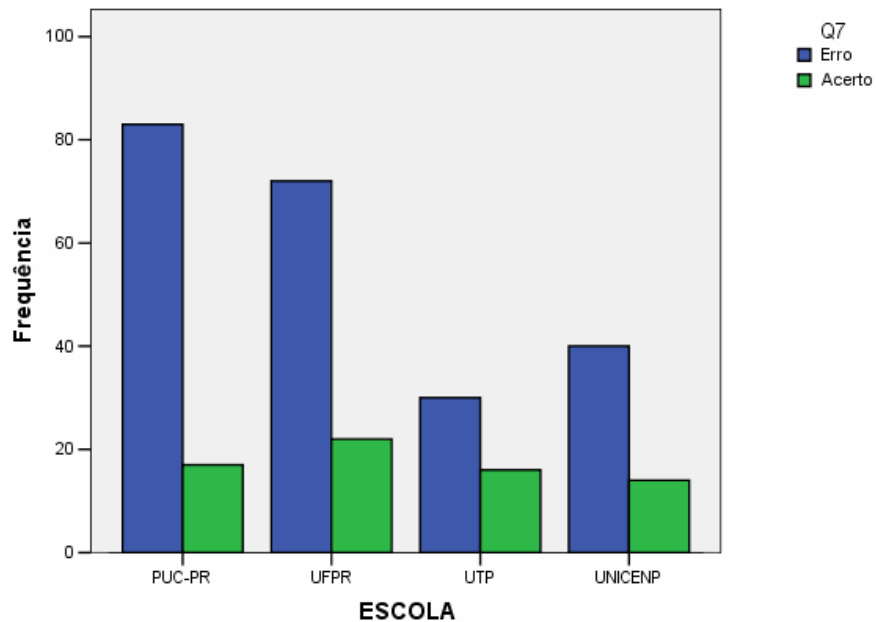
Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006

GRÁFICO 8: DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA DE ERROS E ACERTOS DE Q6 SEGUNDO À IES EM QUE OS ACADÊMICOS DO ÚLTIMO ANO DOS CURSOS DE ODONTOLOGIA EM 2006, ESTÃO MATRICULADOS



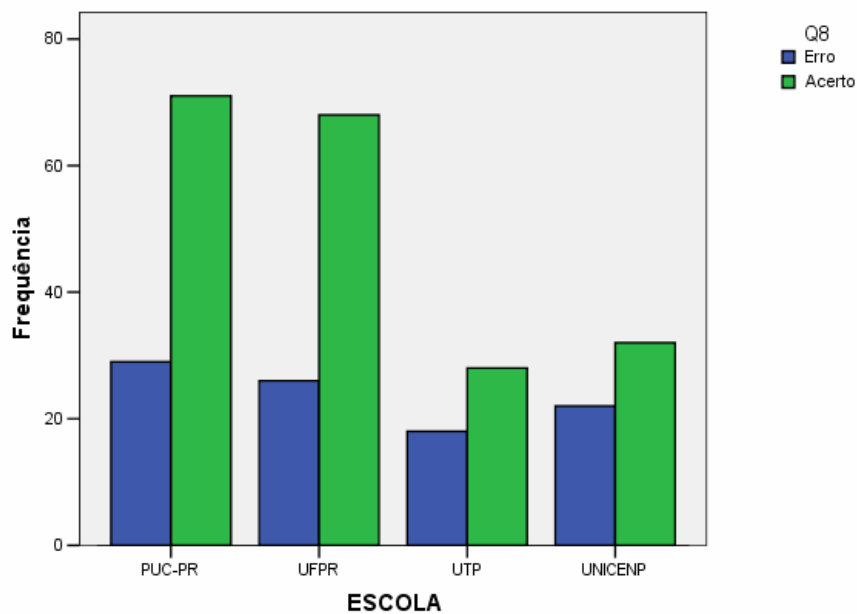
Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006.

GRÁFICO 9: DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA DE ERROS E ACERTOS DE Q7 SEGUNDO À IES EM QUE OS ACADÊMICOS DO ÚLTIMO ANO DOS CURSOS DE ODONTOLOGIA EM 2006, ESTÃO MATRICULADOS



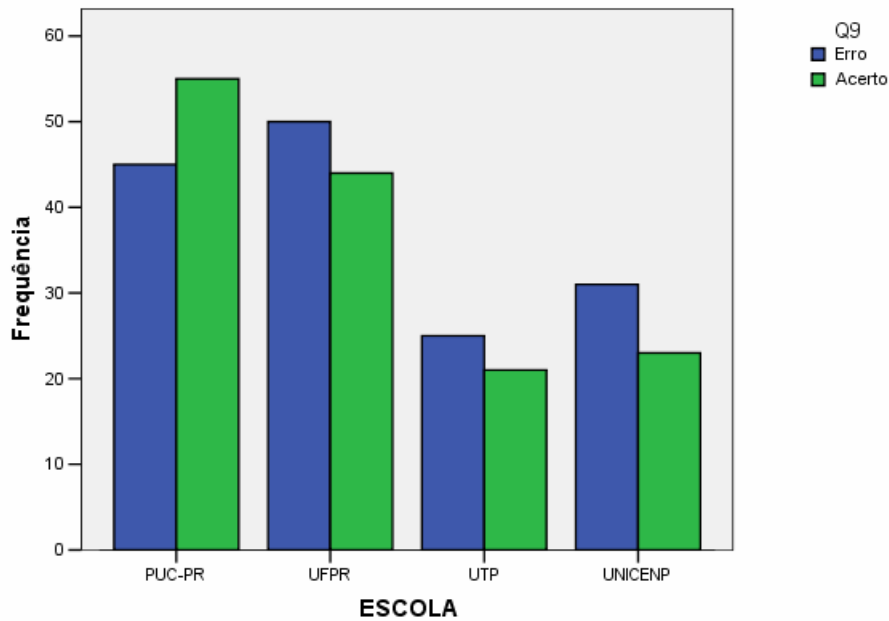
Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006.

GRÁFICO 10: DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA DE ERROS E ACERTOS DE Q8 SEGUNDO À IES EM QUE OS ACADÊMICOS DO ÚLTIMO ANO DOS CURSOS DE ODONTOLOGIA EM 2006, ESTÃO MATRICULADOS



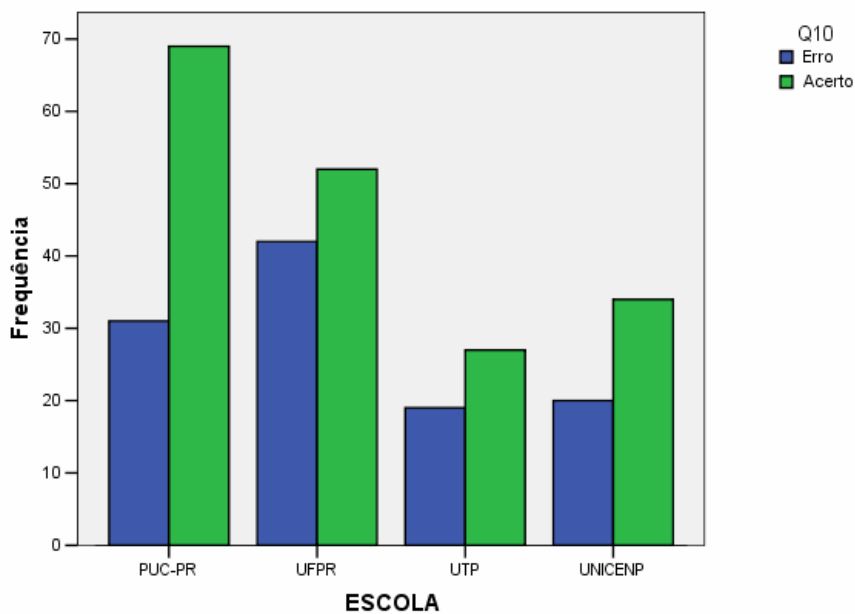
Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006.

GRÁFICO 11: DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA DE ERROS E ACERTOS DE Q9 SEGUNDO À IES EM QUE OS ACADÊMICOS DO ÚLTIMO ANO DOS CURSOS DE ODONTOLOGIA EM 2006, ESTÃO MATRICULADOS



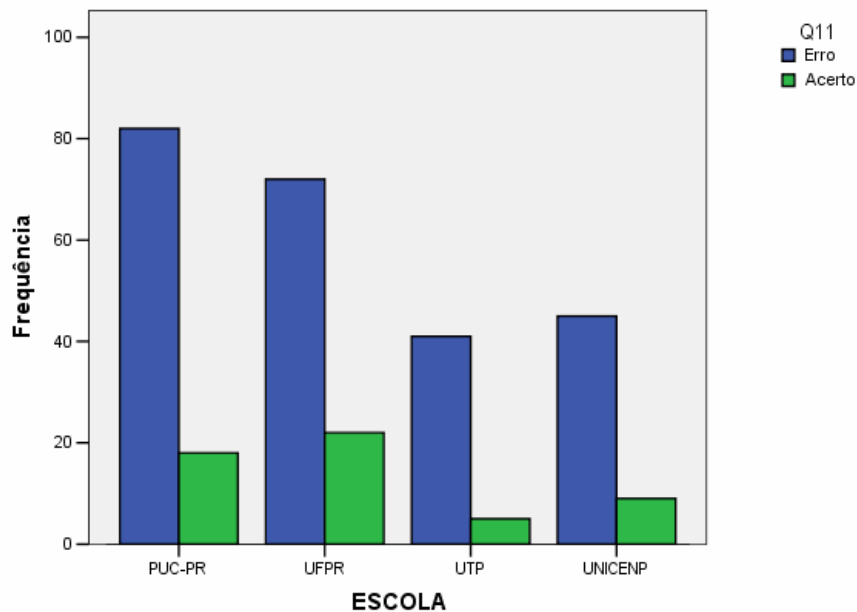
Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006.

GRÁFICO 12: DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA DE ERROS E ACERTOS DE Q10 SEGUNDO À IES EM QUE OS ACADÊMICOS DO ÚLTIMO ANO DOS CURSOS DE ODONTOLOGIA EM 2006, ESTÃO MATRICULADOS



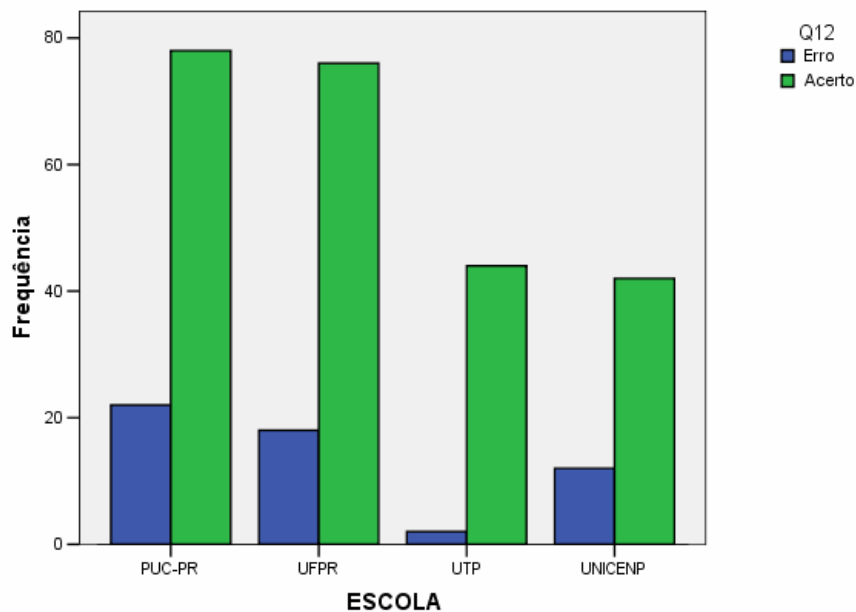
Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006

GRÁFICO 13: DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA DE ERROS E ACERTOS DE Q11 SEGUNDO À IES EM QUE OS ACADÊMICOS DO ÚLTIMO ANO DOS CURSOS DE ODONTOLOGIA EM 2006, ESTÃO MATRICULADOS



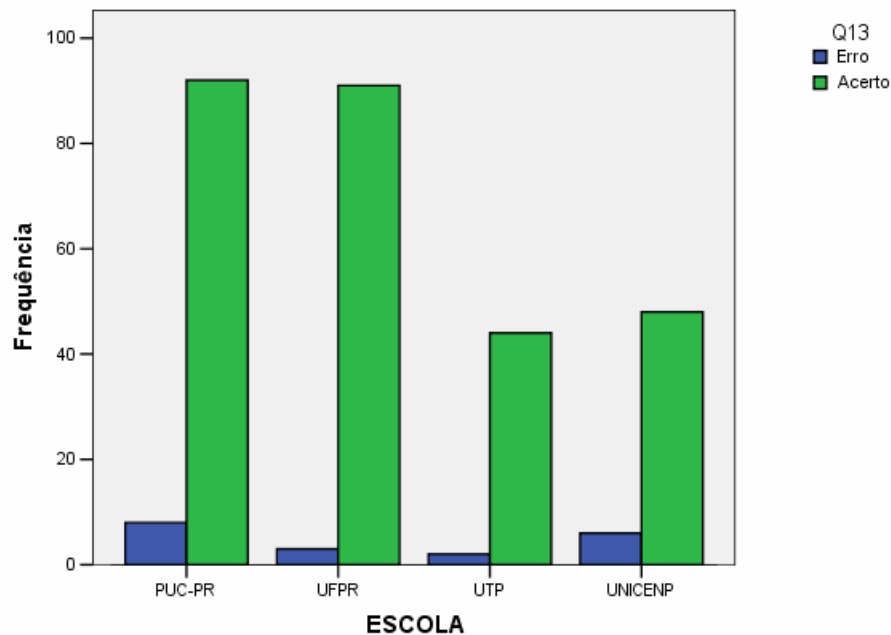
Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006.

GRÁFICO 14: DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA DE ERROS E ACERTOS DE Q12 SEGUNDO À IES EM QUE OS ACADÊMICOS DO ÚLTIMO ANO DOS CURSOS DE ODONTOLOGIA EM 2006, ESTÃO MATRICULADOS



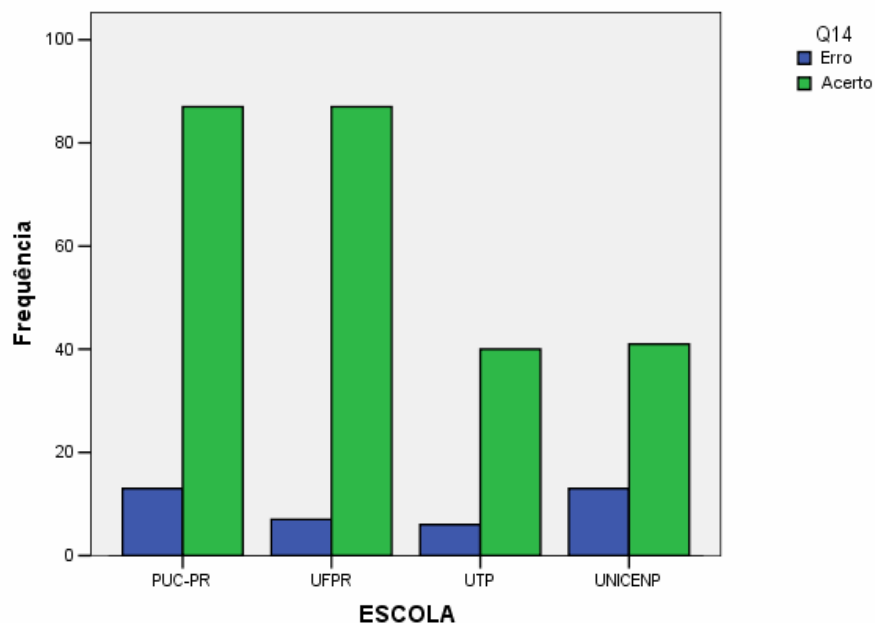
Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006.

GRÁFICO 15: DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA DE ERROS E ACERTOS DE Q13 SEGUNDO À IES EM QUE OS ACADÊMICOS DO ÚLTIMO ANO DOS CURSOS DE ODONTOLOGIA EM 2006, ESTÃO MATRICULADOS



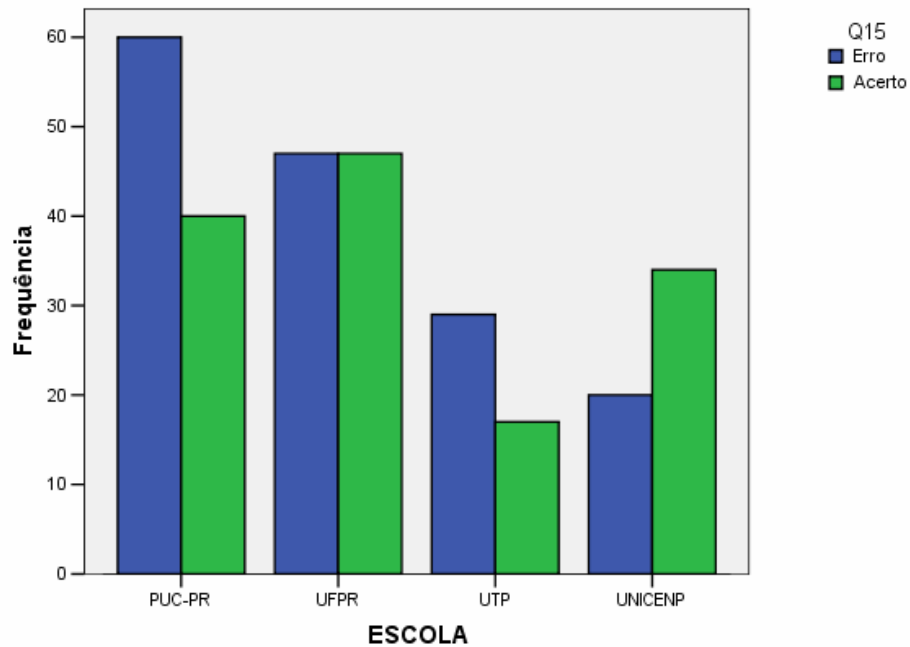
Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006.

GRÁFICO 16: DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA DE ERROS E ACERTOS DE Q14 SEGUNDO À IES EM QUE OS ACADÊMICOS DO ÚLTIMO ANO DOS CURSOS DE ODONTOLOGIA EM 2006, ESTÃO MATRICULADOS



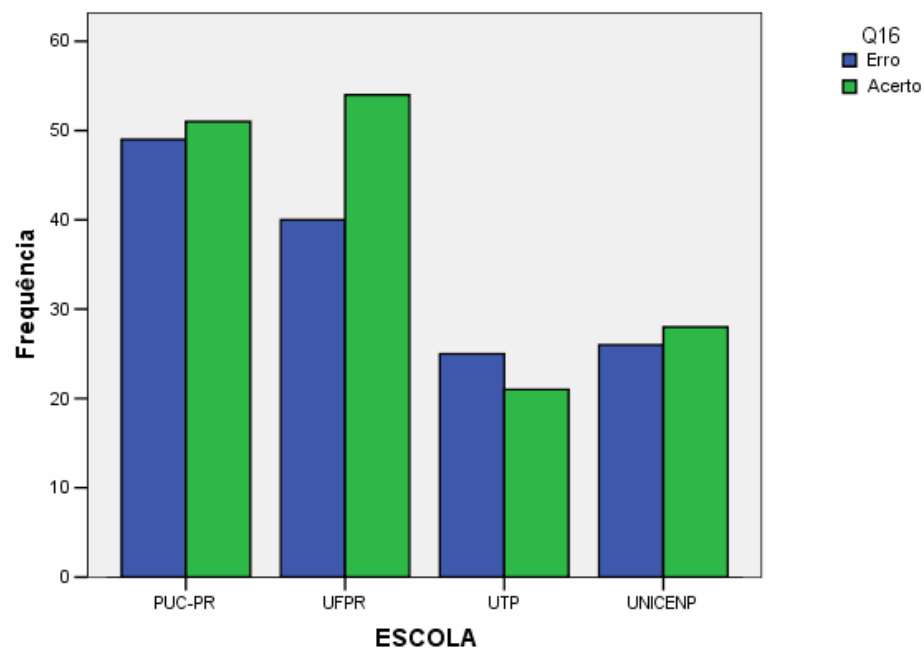
Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006.

GRÁFICO 17: DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA DE ERROS E ACERTOS DE Q15 SEGUNDO À IES EM QUE OS ACADÊMICOS DO ÚLTIMO ANO DOS CURSOS DE ODONTOLOGIA EM 2006, ESTÃO MATRICULADOS



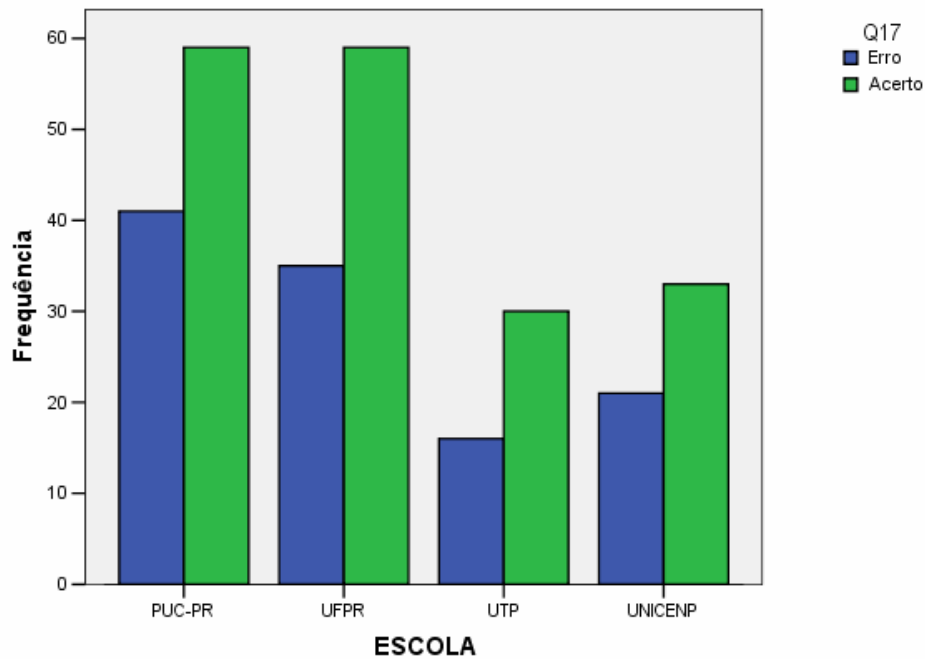
Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006.

GRÁFICO 18: DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA DE ERROS E ACERTOS DE Q16 SEGUNDO À IES EM QUE OS ACADÊMICOS DO ÚLTIMO ANO DOS CURSOS DE ODONTOLOGIA EM 2006, ESTÃO MATRICULADOS



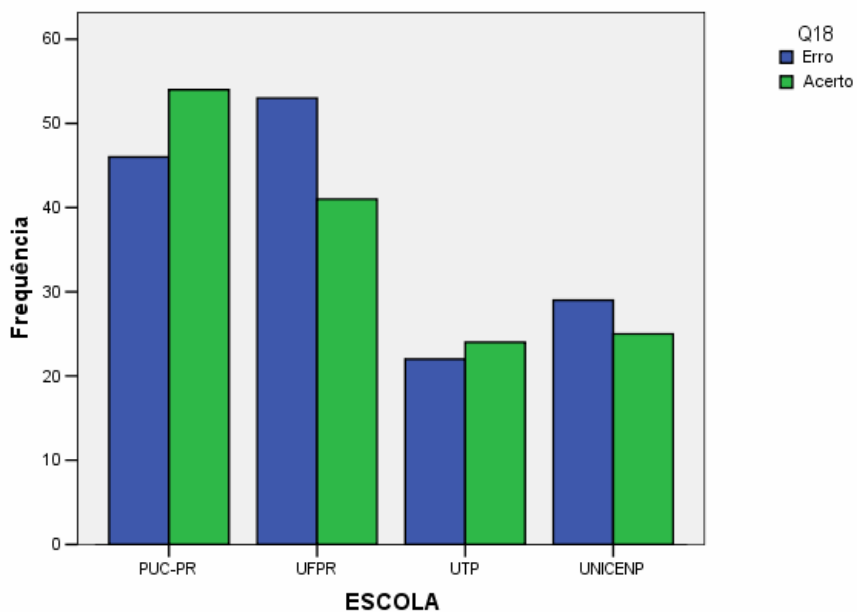
Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006.

GRÁFICO 19: DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA DE ERROS E ACERTOS DE Q17 SEGUNDO À IES EM QUE OS ACADÊMICOS DO ÚLTIMO ANO DOS CURSOS DE ODONTOLOGIA EM 2006, ESTÃO MATRICULADOS



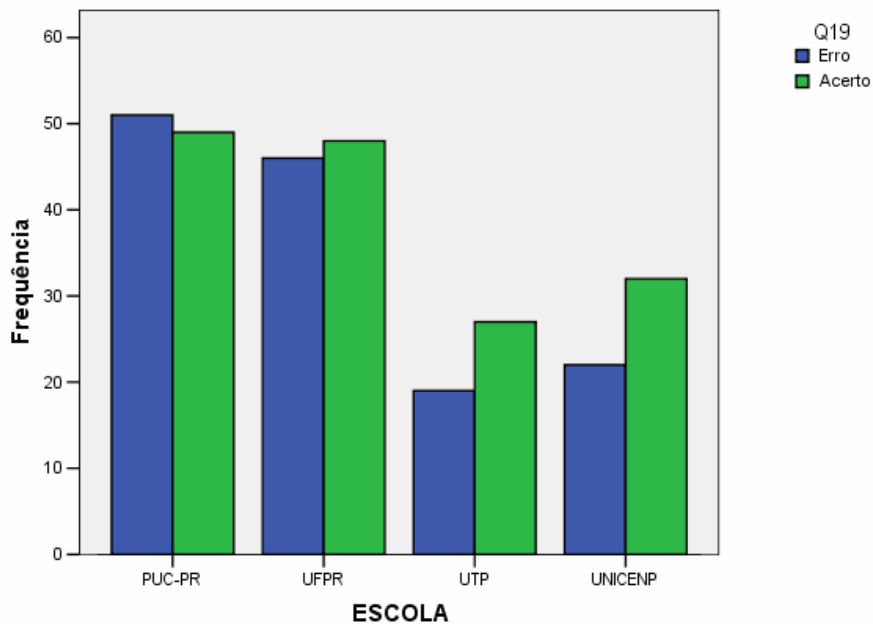
Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006.

GRÁFICO 20: DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA DE ERROS E ACERTOS DE Q18 SEGUNDO À IES EM QUE OS ACADÊMICOS DO ÚLTIMO ANO DOS CURSOS DE ODONTOLOGIA EM 2006, ESTÃO MATRICULADOS



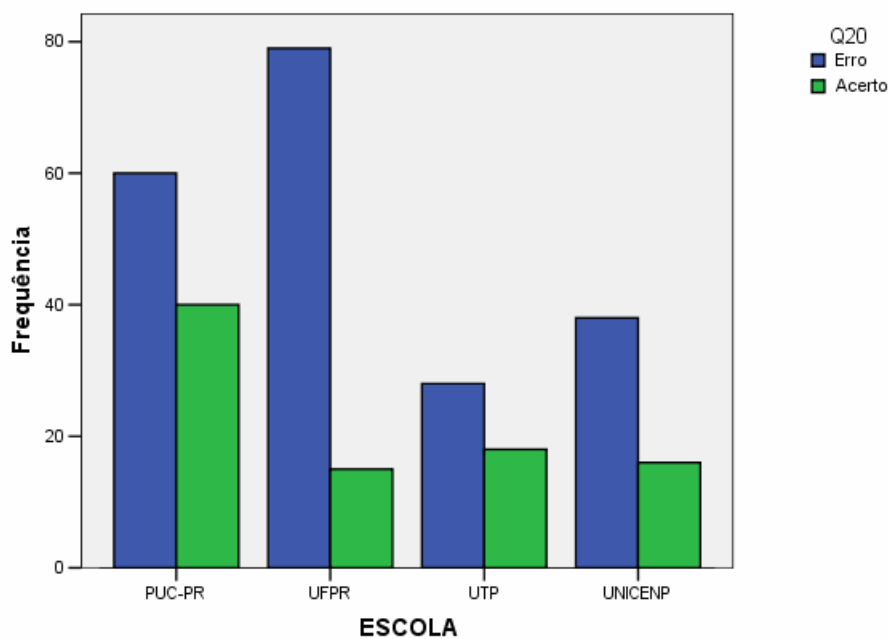
Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006.

GRÁFICO 21: DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA DE ERROS E ACERTOS DE Q19 SEGUNDO À IES EM QUE OS ACADÊMICOS DO ÚLTIMO ANO DOS CURSOS DE ODONTOLOGIA EM 2006, ESTÃO MATRICULADOS



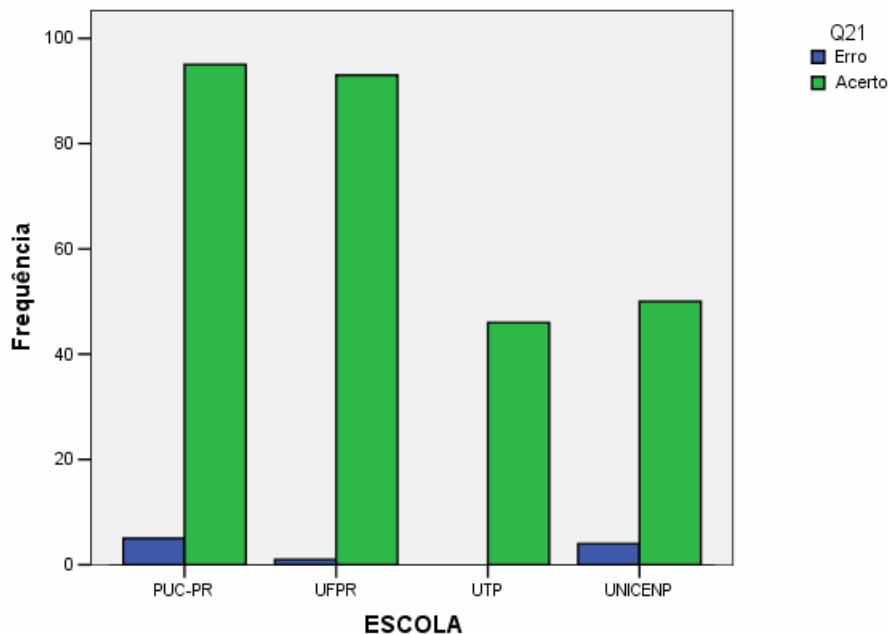
Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006.

GRÁFICO 22: DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA DE ERROS E ACERTOS DE Q20 SEGUNDO À IES EM QUE OS ACADÊMICOS DO ÚLTIMO ANO DOS CURSOS DE ODONTOLOGIA EM 2006, ESTÃO MATRICULADOS



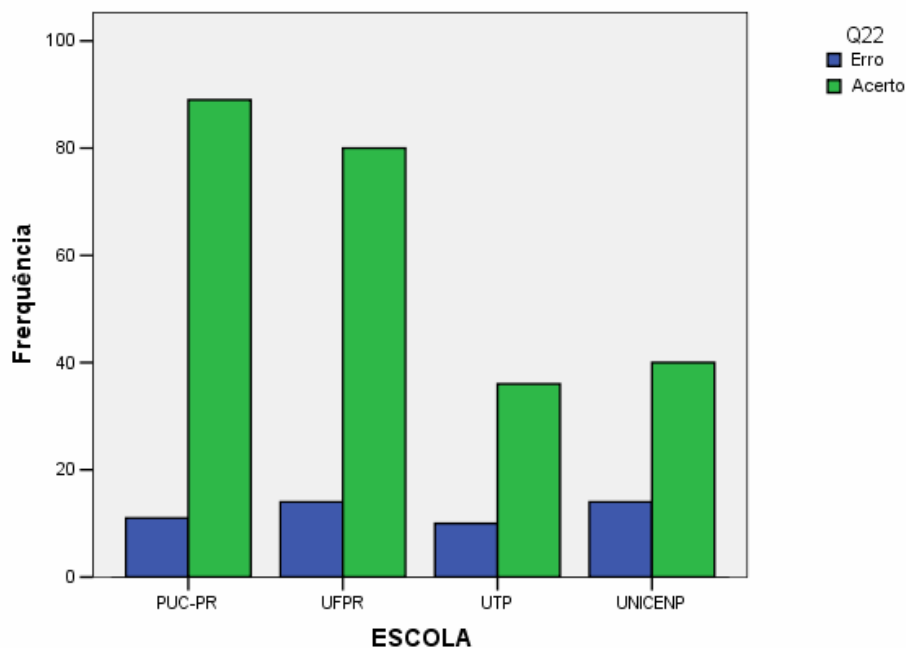
Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006.

GRÁFICO 23: DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA DE ERROS E ACERTOS DE Q21 SEGUNDO À IES EM QUE OS ACADÊMICOS DO ÚLTIMO ANO DOS CURSOS DE ODONTOLOGIA EM 2006, ESTÃO MATRICULADOS



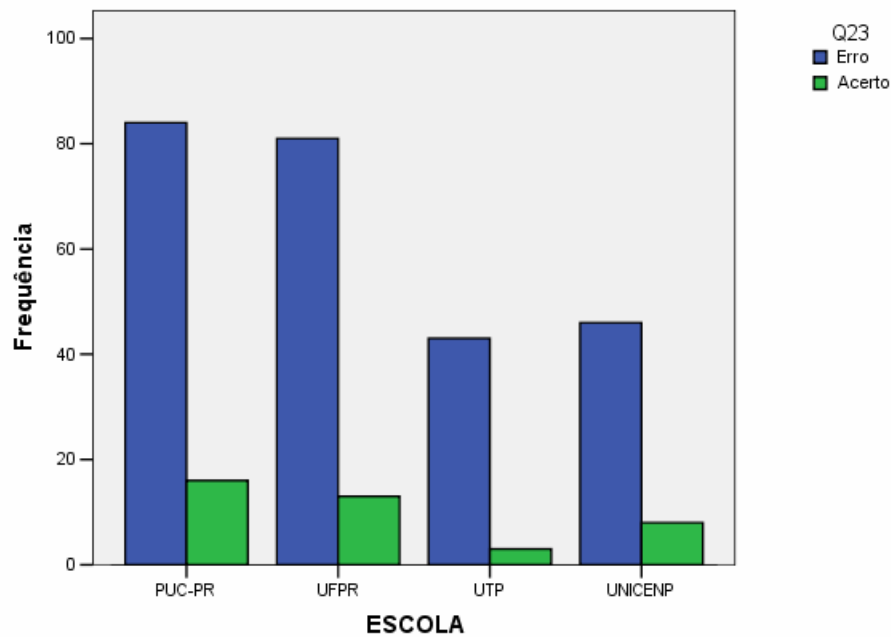
Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006.

GRÁFICO 24: DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA DE ERROS E ACERTOS DE Q22 SEGUNDO À IES EM QUE OS ACADÊMICOS DO ÚLTIMO ANO DOS CURSOS DE ODONTOLOGIA EM 2006, ESTÃO MATRICULADOS



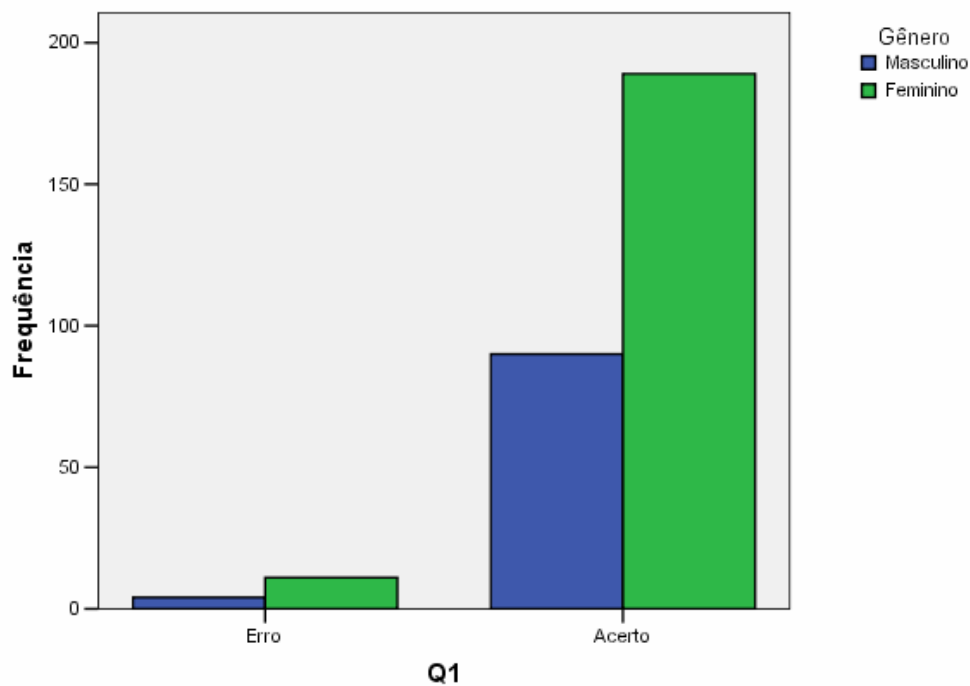
Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006.

GRÁFICO 25: DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA DE ERROS E ACERTOS DE Q23 SEGUNDO À IES EM QUE OS ACADÊMICOS DO ÚLTIMO ANO DOS CURSOS DE ODONTOLOGIA EM 2006. ESTÃO MATRICULADOS



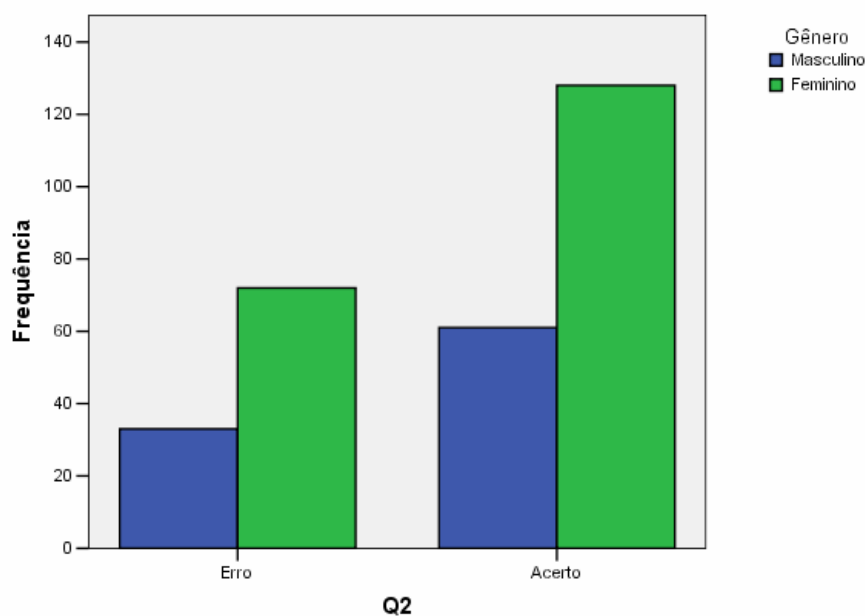
Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006.

GRÁFICO 26: DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA DE ERROS E ACERTOS DE Q1 SEGUNDO O GÊNERO DOS ACADÊMICOS DO ÚLTIMO ANO DOS CURSOS DE ODONTOLOGIA DE CURITIBA EM 2006



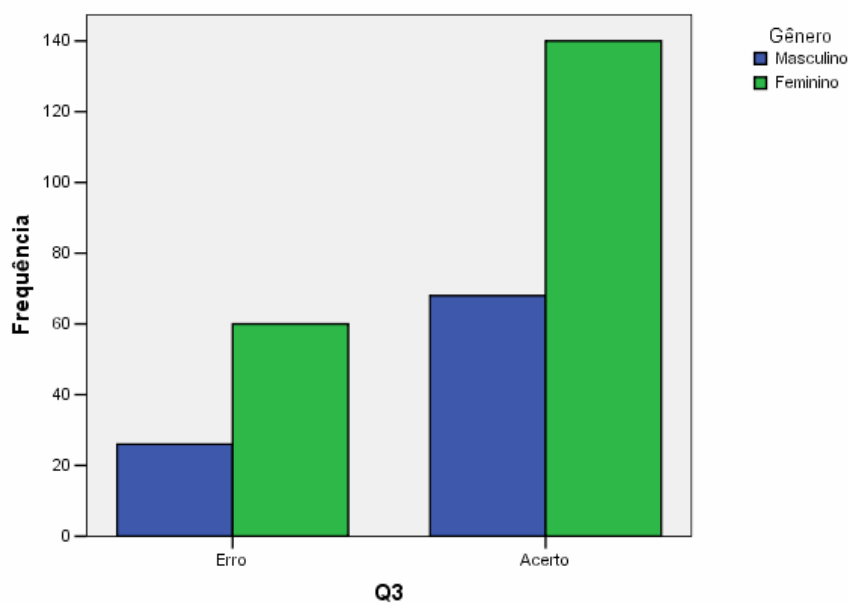
Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006.

GRÁFICO 27: DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA DE ERROS E ACERTOS DE Q2 SEGUNDO O GÊNERO DOS ACADÊMICOS DO ÚLTIMO ANO DOS CURSOS DE ODONTOLOGIA DE CURITIBA EM 2006



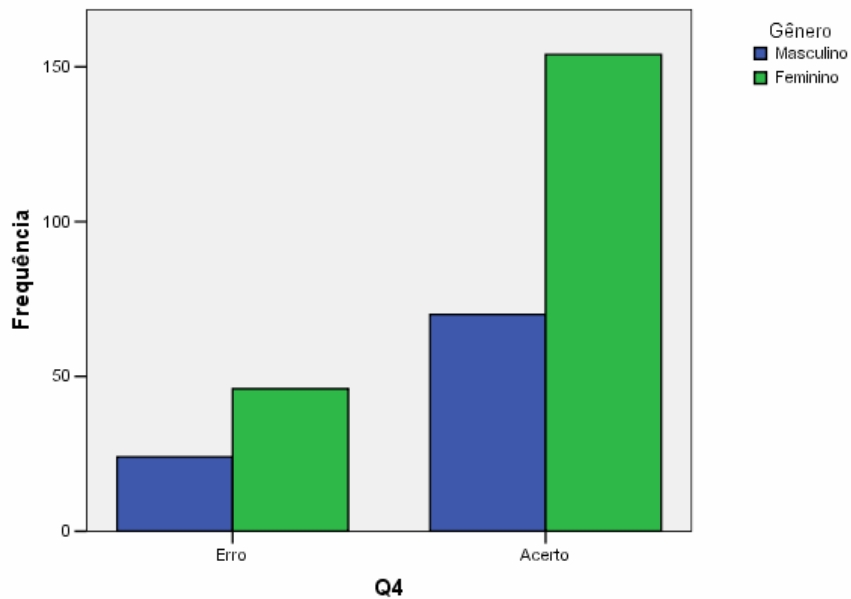
Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006.

GRÁFICO 28: DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA DE ERROS E ACERTOS DE Q3 SEGUNDO O GÊNERO DOS ACADÊMICOS DO ÚLTIMO ANO DOS CURSOS DE ODONTOLOGIA DE CURITIBA EM 2006



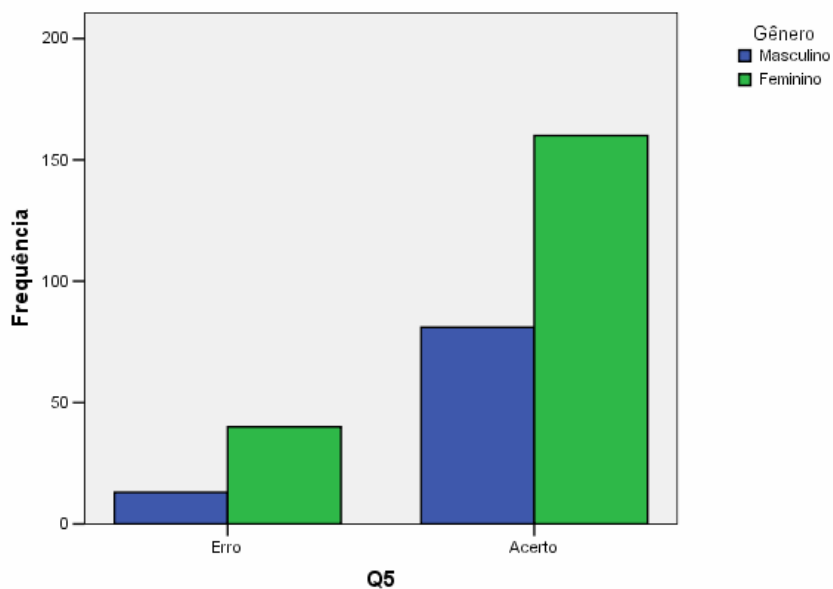
Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006.

GRÁFICO 29: DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA DE ERROS E ACERTOS DE Q4 SEGUNDO O GÊNERO DOS ACADÊMICOS DO ÚLTIMO ANO DOS CURSOS DE ODONTOLOGIA DE CURITIBA EM 2006



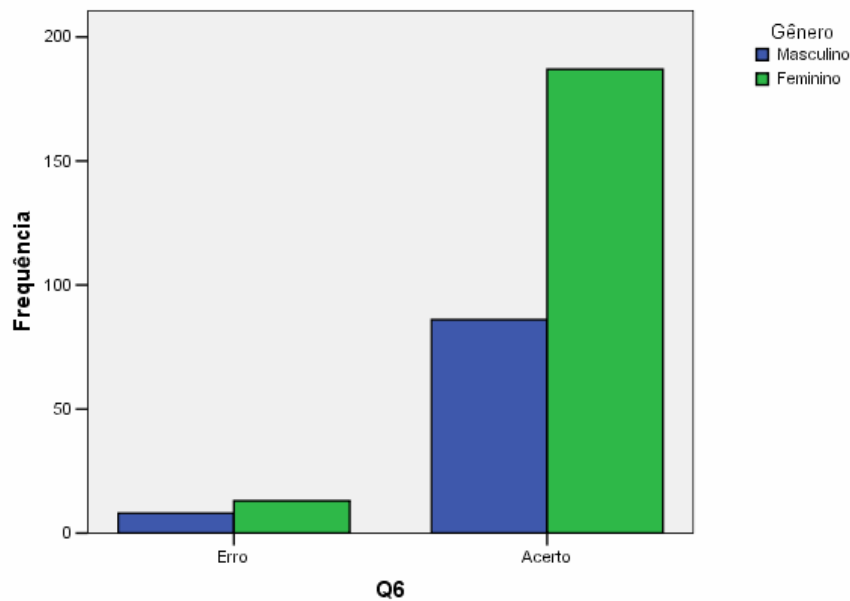
Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006.

GRÁFICO 30: DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA DE ERROS E ACERTOS DE Q5 SEGUNDO O GÊNERO DOS ACADÊMICOS DO ÚLTIMO ANO DOS CURSOS DE ODONTOLOGIA DE CURITIBA EM 2006



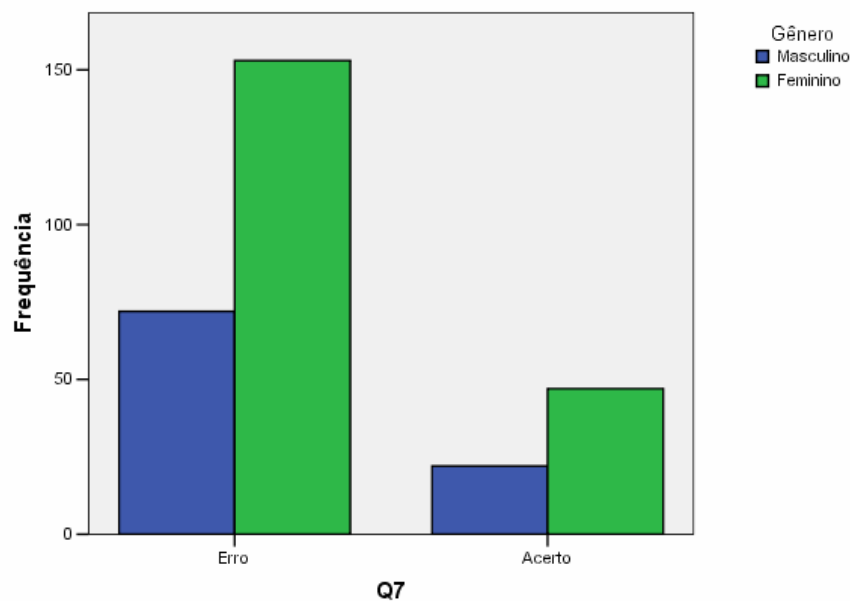
Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006.

GRÁFICO 31: DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA DE ERROS E ACERTOS DE Q6 SEGUNDO O GÊNERO DOS ACADÊMICOS DO ÚLTIMO ANO DOS CURSOS DE ODONTOLOGIA DE CURITIBA EM 2006



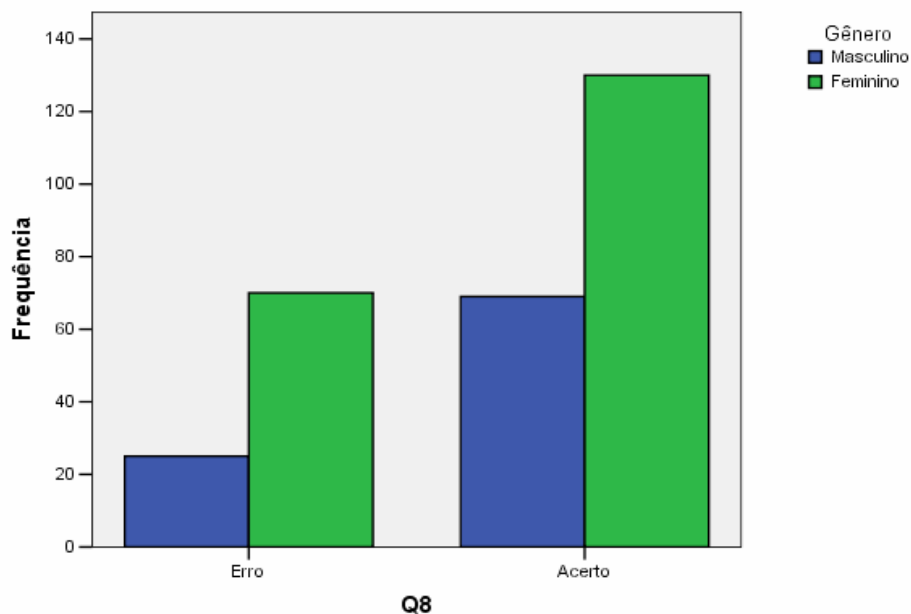
Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006.

GRÁFICO 32: DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA DE ERROS E ACERTOS DE Q7 SEGUNDO O GÊNERO DOS ACADÊMICOS DO ÚLTIMO ANO DOS CURSOS DE ODONTOLOGIA DE CURITIBA EM 2006



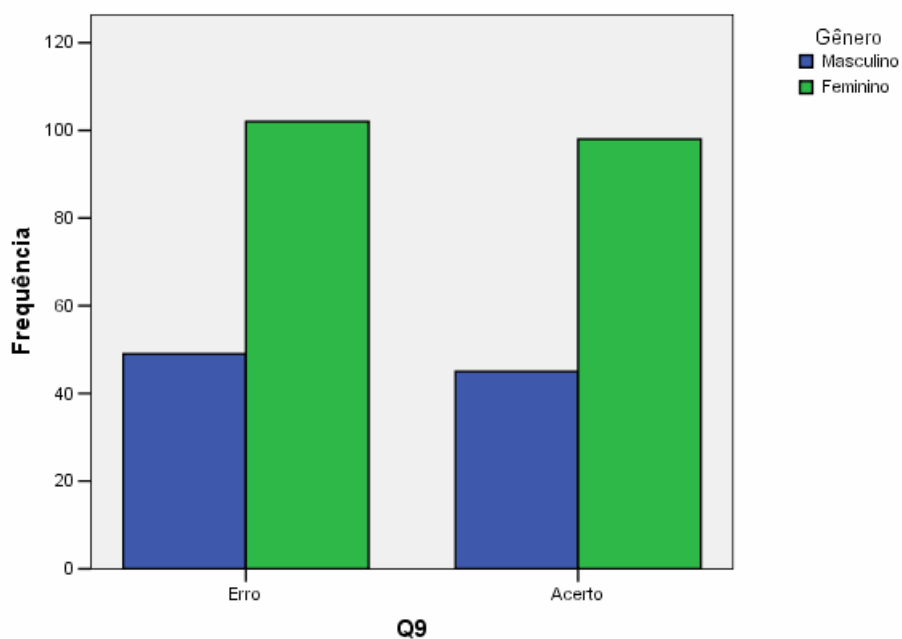
Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006.

GRÁFICO 33: DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA DE ERROS E ACERTOS DE Q8 SEGUNDO O GÊNERO DOS ACADÊMICOS DO ÚLTIMO ANO DOS CURSOS DE ODONTOLOGIA DE CURITIBA EM 2006



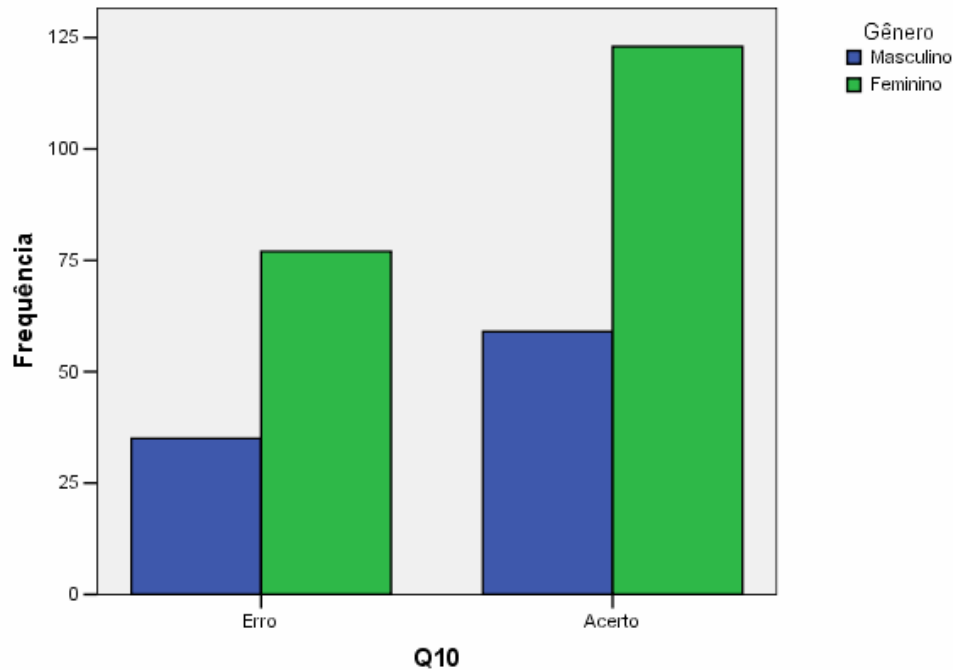
Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006.

GRÁFICO 34: DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA DE ERROS E ACERTOS DE Q9 SEGUNDO O GÊNERO DOS ACADÊMICOS DO ÚLTIMO ANO DOS CURSOS DE ODONTOLOGIA DE CURITIBA EM 2006



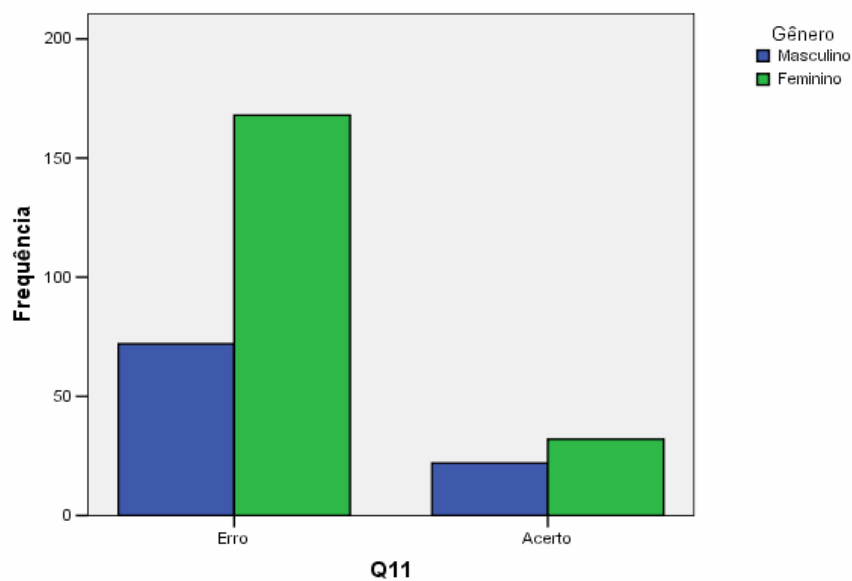
Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006.

GRÁFICO 35: DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA DE ERROS E ACERTOS DE Q10 SEGUNDO O GÊNERO DOS ACADÊMICOS DO ÚLTIMO ANO DOS CURSOS DE ODONTOLOGIA DE CURITIBA EM 2006



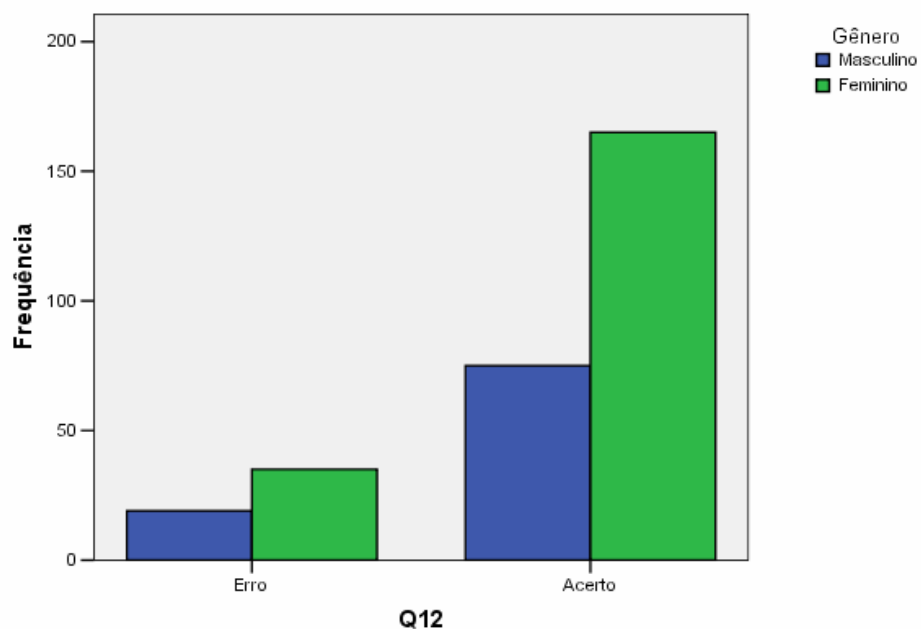
Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006.

GRÁFICO 36: DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA DE ERROS E ACERTOS DE Q11 SEGUNDO O GÊNERO DOS ACADÊMICOS DO ÚLTIMO ANO DOS CURSOS DE ODONTOLOGIA DE CURITIBA EM 2006



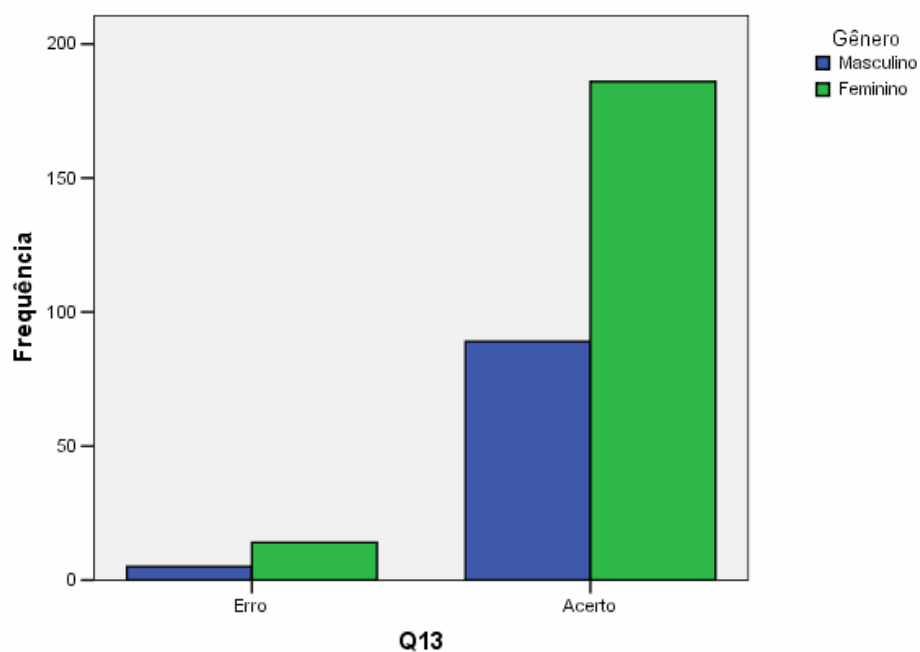
Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006.

GRÁFICO 37: DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA DE ERROS E ACERTOS DE Q12 SEGUNDO O GÊNERO DOS ACADÊMICOS DO ÚLTIMO ANO DOS CURSOS DE ODONTOLOGIA DE CURITIBA EM 2006



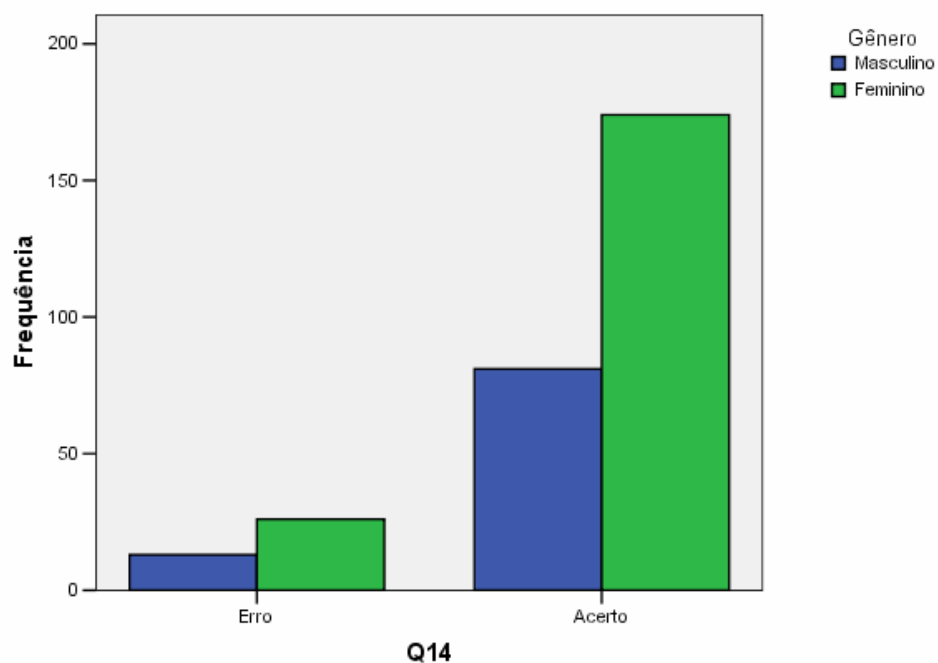
Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006.

GRÁFICO 38: DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA DE ERROS E ACERTOS DE Q13 SEGUNDO O GÊNERO DOS ACADÊMICOS DO ÚLTIMO ANO DOS CURSOS DE ODONTOLOGIA DE CURITIBA EM 2006



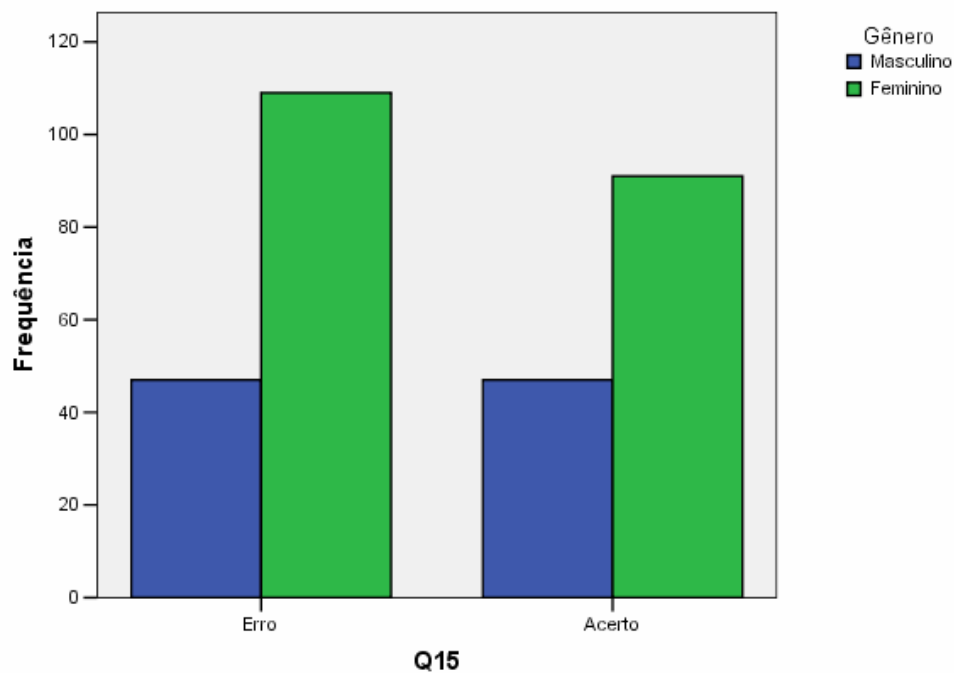
Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006.

GRÁFICO 39: DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA DE ERROS E ACERTOS DE Q14 SEGUNDO O GÊNERO DOS ACADÊMICOS DO ÚLTIMO ANO DOS CURSOS DE ODONTOLOGIA DE CURITIBA EM 2006



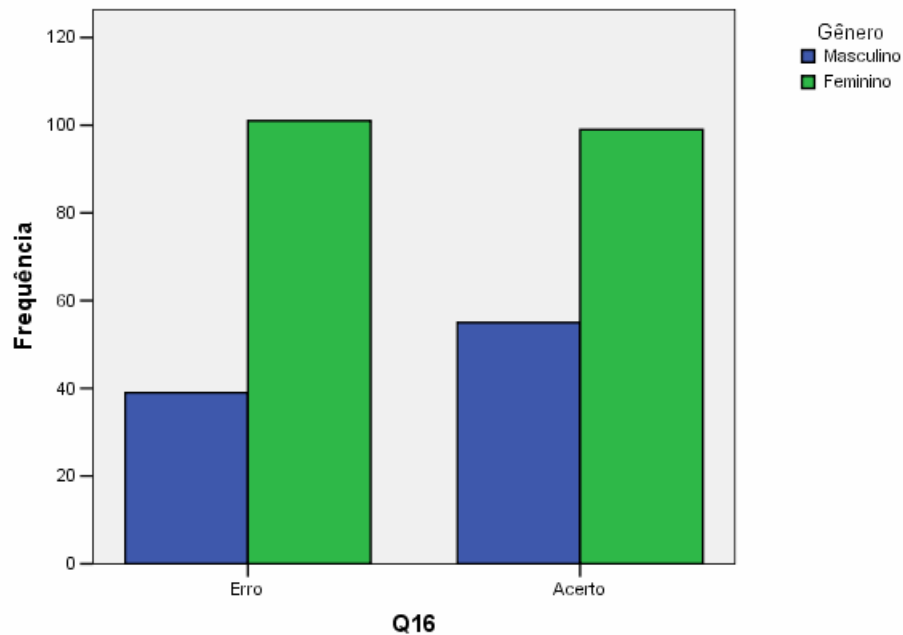
Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006.

GRÁFICO 40: DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA DE ERROS E ACERTOS DE Q15 SEGUNDO O GÊNERO DOS ACADÊMICOS DO ÚLTIMO ANO DOS CURSOS DE



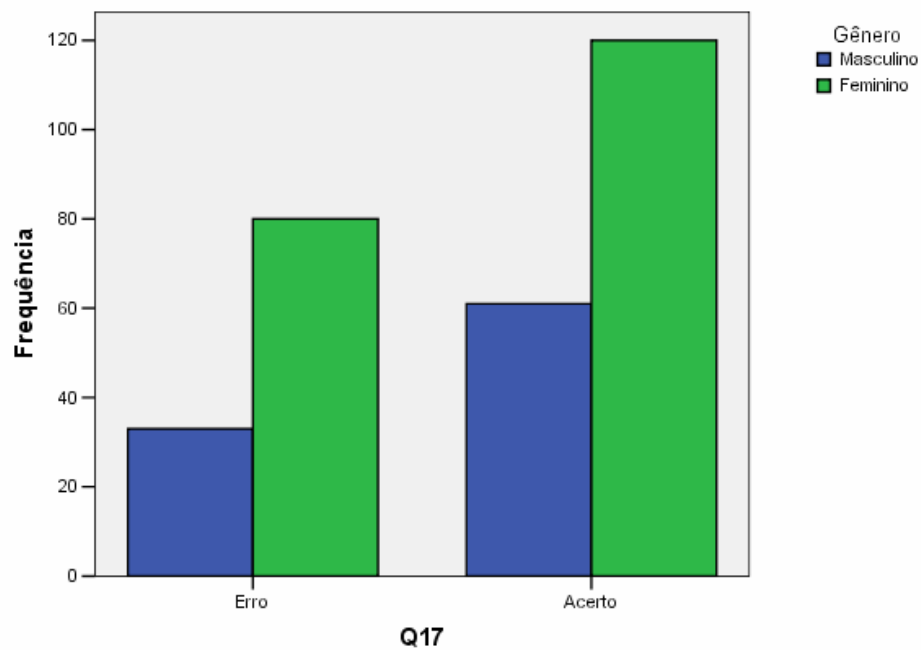
Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006.

GRÁFICO 41: DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA DE ERROS E ACERTOS DE Q16 SEGUNDO O GÊNERO DOS ACADÊMICOS DO ÚLTIMO ANO DOS CURSOS DE ODONTOLOGIA DE CURITIBA EM 2006



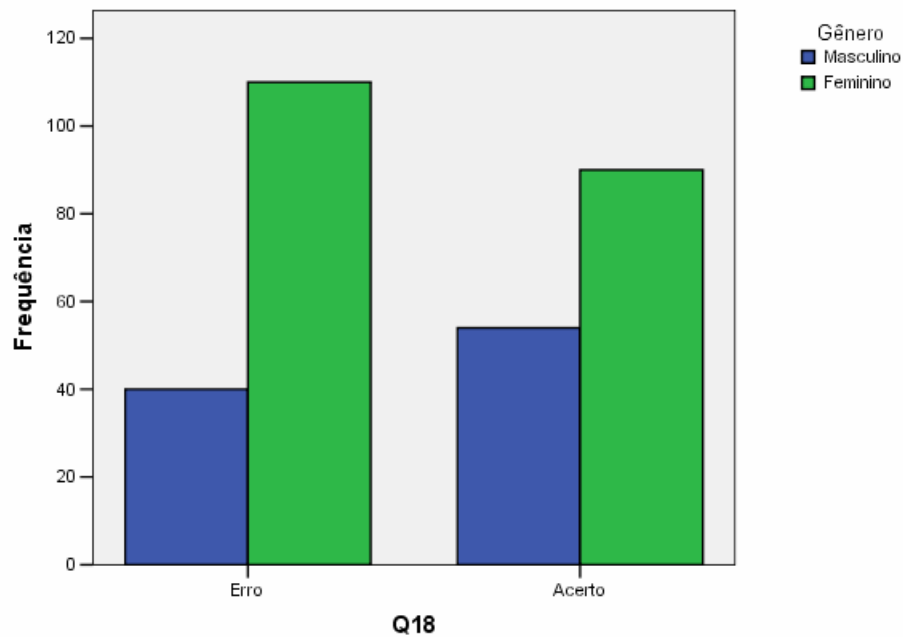
Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006.

GRÁFICO 42: DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA DE ERROS E ACERTOS DE Q17 SEGUNDO O GÊNERO DOS ACADÊMICOS DO ÚLTIMO ANO DOS CURSOS DE ODONTOLOGIA DE CURITIBA EM 2006



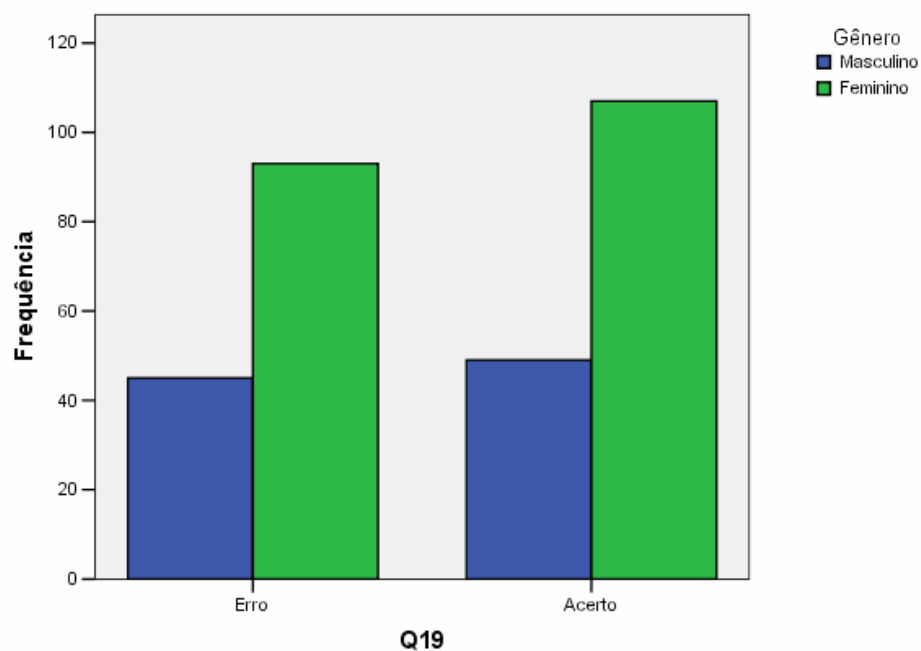
Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006.

GRÁFICO 43: DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA DE ERROS E ACERTOS DE Q18 SEGUNDO O GÊNERO DOS ACADÊMICOS DO ÚLTIMO ANO DOS CURSOS DE ODONTOLOGIA DE CURITIBA EM 2006



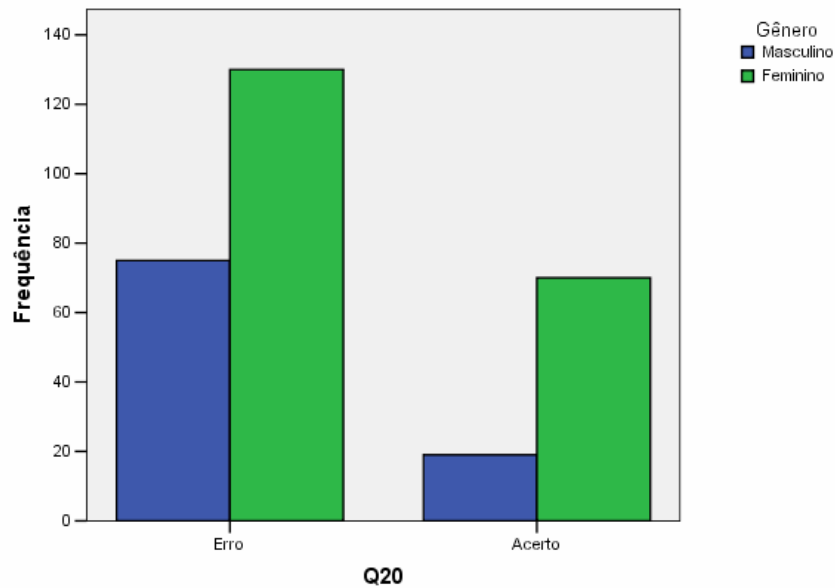
Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006.

GRÁFICO 44: DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA DE ERROS E ACERTOS DE Q19 SEGUNDO O GÊNERO DOS ACADÊMICOS DO ÚLTIMO ANO DOS CURSOS DE ODONTOLOGIA DE CURITIBA EM 2006



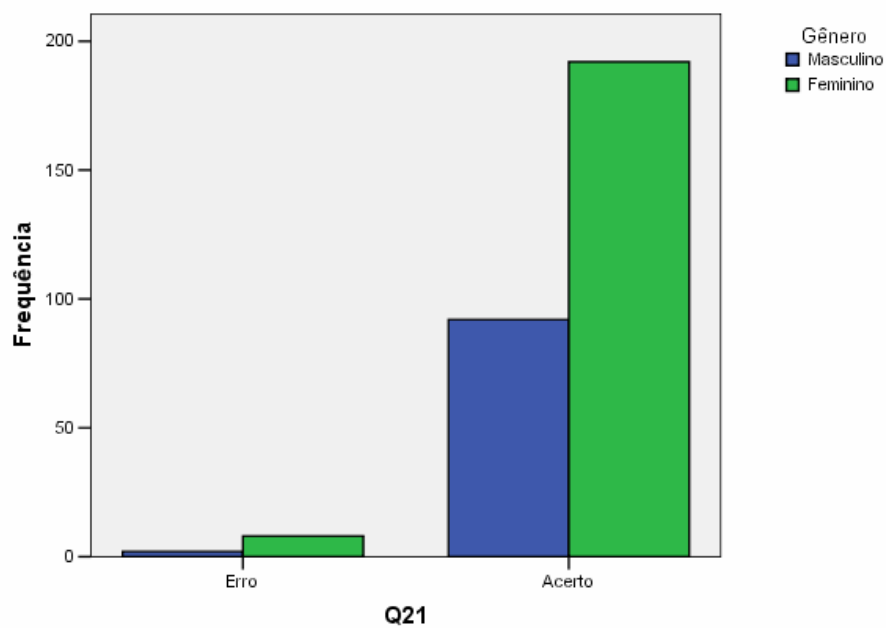
Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006.

GRÁFICO 45: DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA DE ERROS E ACERTOS DE Q20 SEGUNDO O GÊNERO DOS ACADÊMICOS DO ÚLTIMO ANO DOS CURSOS DE ODONTOLOGIA DE CURITIBA EM 2006



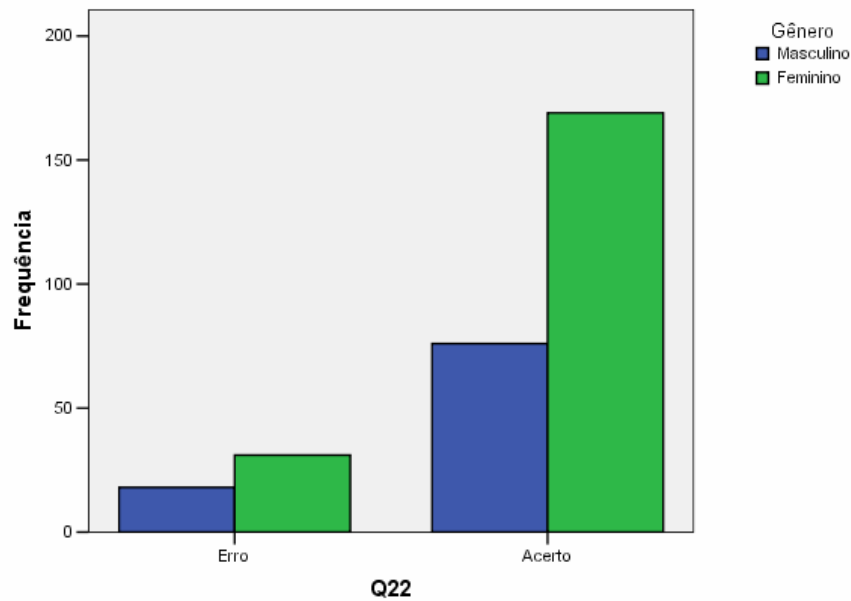
Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006.

GRÁFICO 46: DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA DE ERROS E ACERTOS DE Q21 SEGUNDO O GÊNERO DOS ACADÊMICOS DO ÚLTIMO ANO DOS CURSOS DE ODONTOLOGIA DE CURITIBA EM 2006



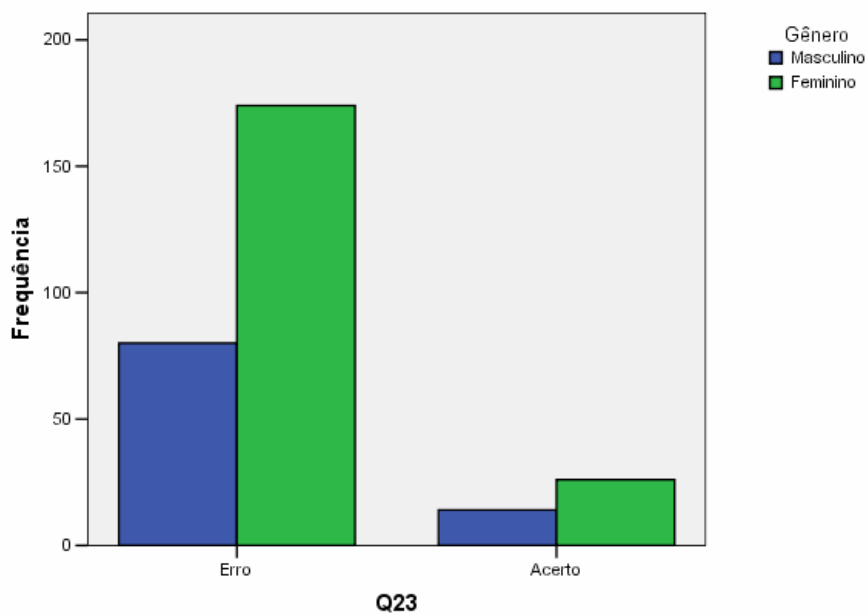
Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006.

GRÁFICO 47: DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA DE ERROS E ACERTOS DE Q22 SEGUNDO O GÊNERO DOS ACADÊMICOS DO ÚLTIMO ANO DOS CURSOS DE ODONTOLOGIA DE CURITIBA EM 2006



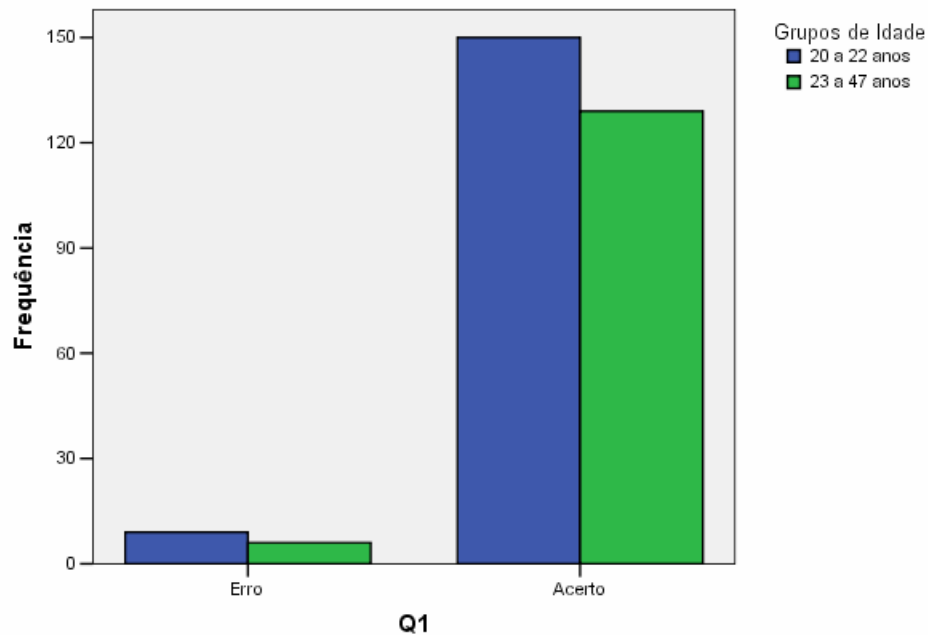
Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006.

GRÁFICO 48: DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA DE ERROS E ACERTOS DE Q23 SEGUNDO O GÊNERO DOS ACADÊMICOS DO ÚLTIMO ANO DOS CURSOS DE ODONTOLOGIA DE CURITIBA EM 2006



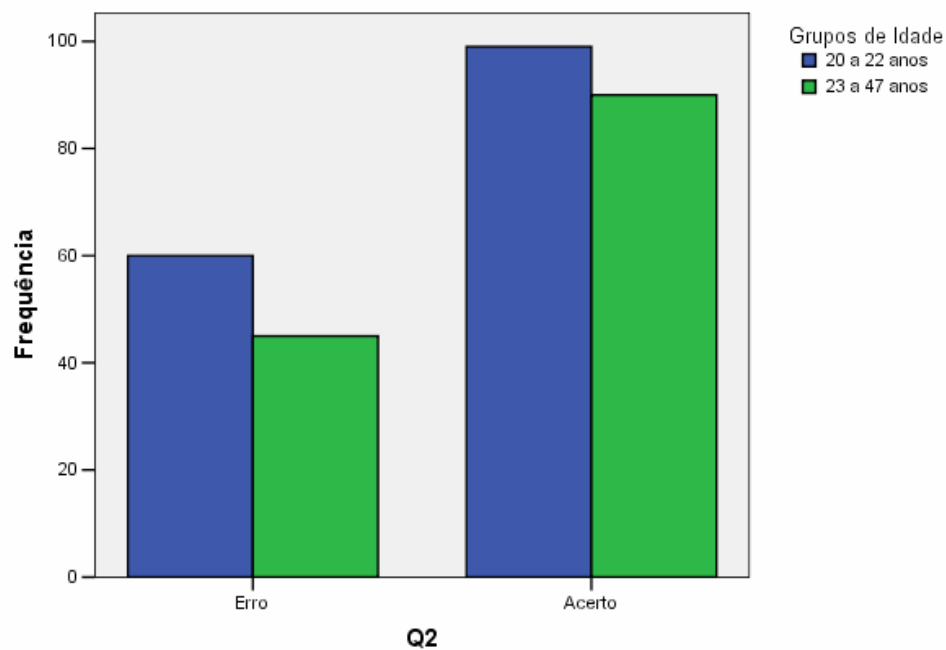
Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006.

GRÁFICO 49: DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA DE ERROS E ACERTOS DE Q1 SEGUNDO OS GRUPOS DE IDADE DOS ACADÊMICOS DO ÚLTIMO ANO DOS CURSOS DE ODONTOLOGIA DE CURITIBA EM 2006



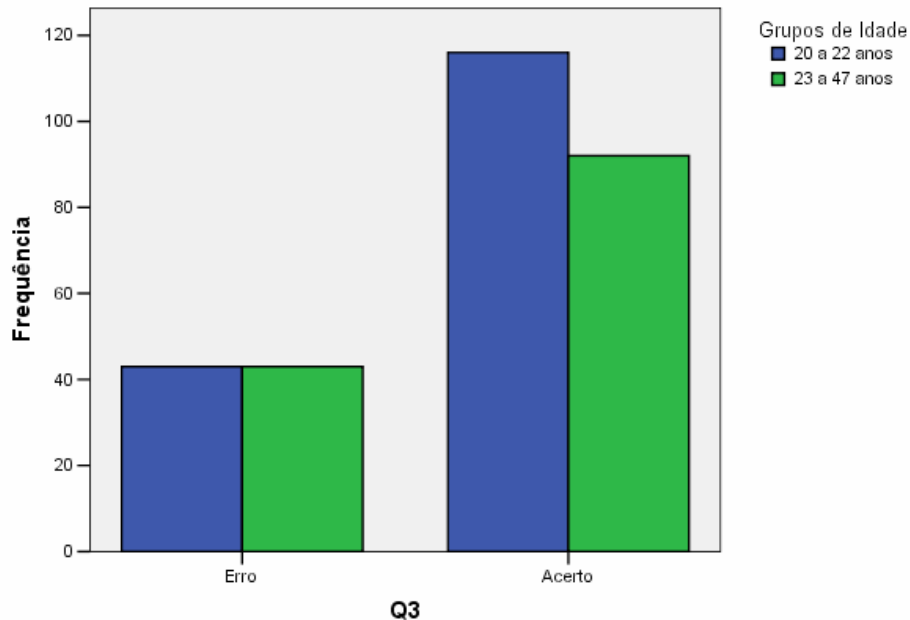
Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006.

GRÁFICO 50: DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA DE ERROS E ACERTOS DE Q2 SEGUNDO OS GRUPOS DE IDADE DOS ACADÊMICOS DO ÚLTIMO ANO DOS CURSOS DE ODONTOLOGIA DE CURITIBA EM 2006



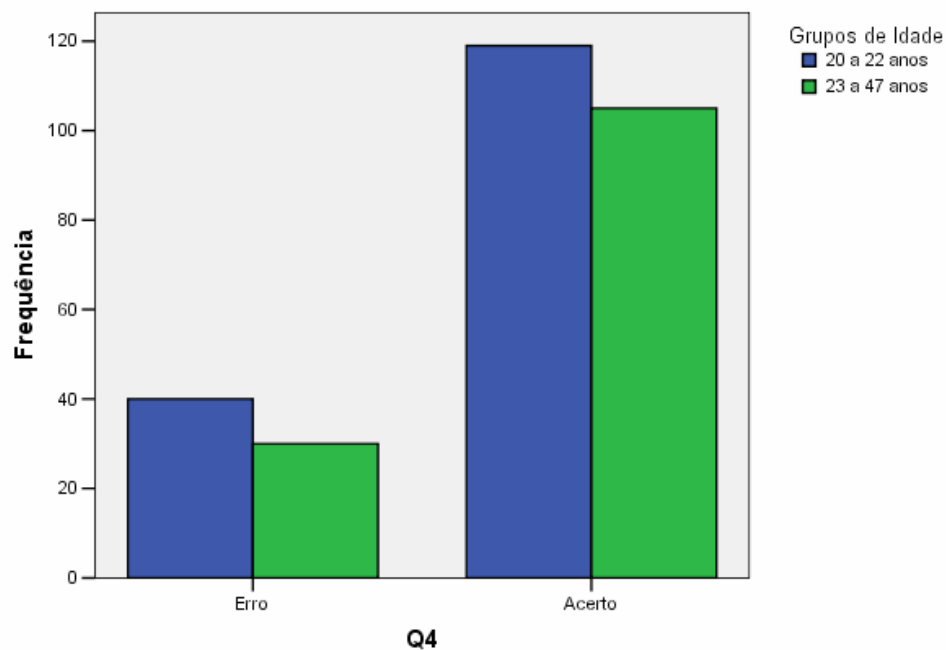
Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006.

GRÁFICO 51: DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA DE ERROS E ACERTOS DE Q3 SEGUNDO OS GRUPOS DE IDADE DOS ACADÊMICOS DO ÚLTIMO ANO DOS CURSOS DE ODONTOLOGIA DE CURITIBA EM 2006



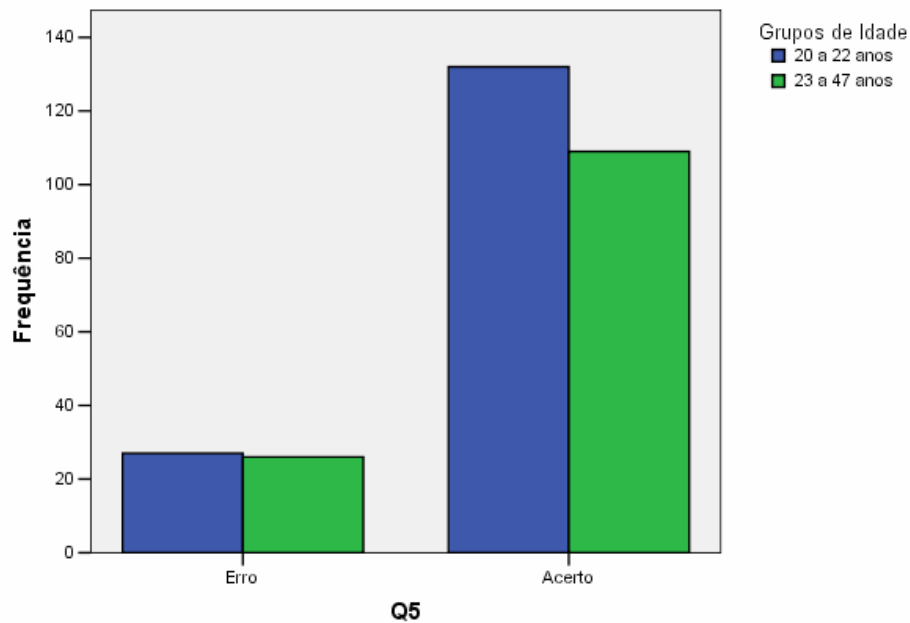
Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006.

GRÁFICO 52: DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA DE ERROS E ACERTOS DE Q4 SEGUNDO OS GRUPOS DE IDADE DOS ACADÊMICOS DO ÚLTIMO ANO DOS CURSOS DE ODONTOLOGIA DE CURITIBA EM 2006



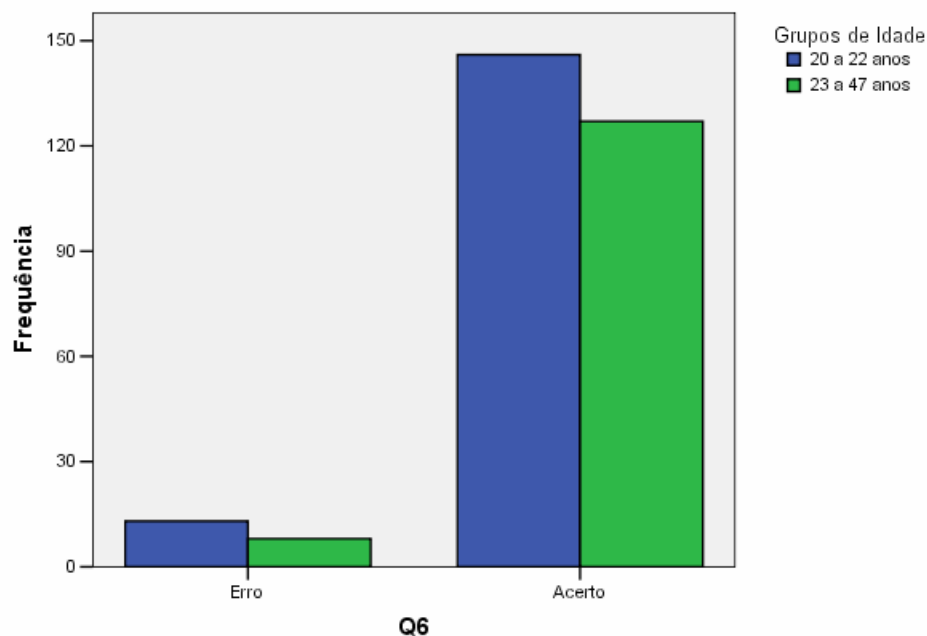
Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006.

GRÁFICO 53: DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA DE ERROS E ACERTOS DE Q5 SEGUNDO OS GRUPOS DE IDADE DOS ACADÊMICOS DO ÚLTIMO ANO DOS CURSOS DE ODONTOLOGIA DE CURITIBA EM 2006



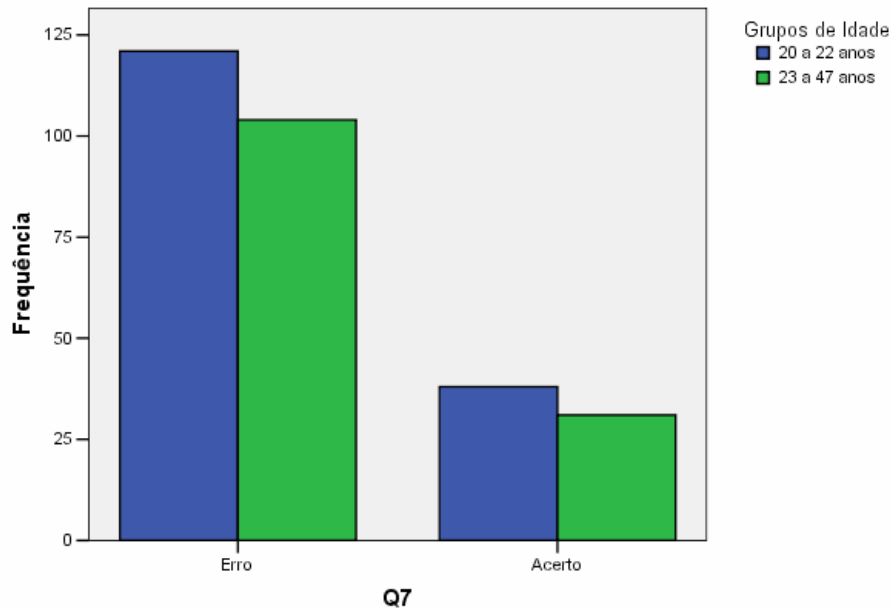
Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006.

GRÁFICO 54: DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA DE ERROS E ACERTOS DE Q6 SEGUNDO OS GRUPOS DE IDADE DOS ACADÊMICOS DO ÚLTIMO ANO DOS CURSOS DE ODONTOLOGIA DE CURITIBA EM 2006



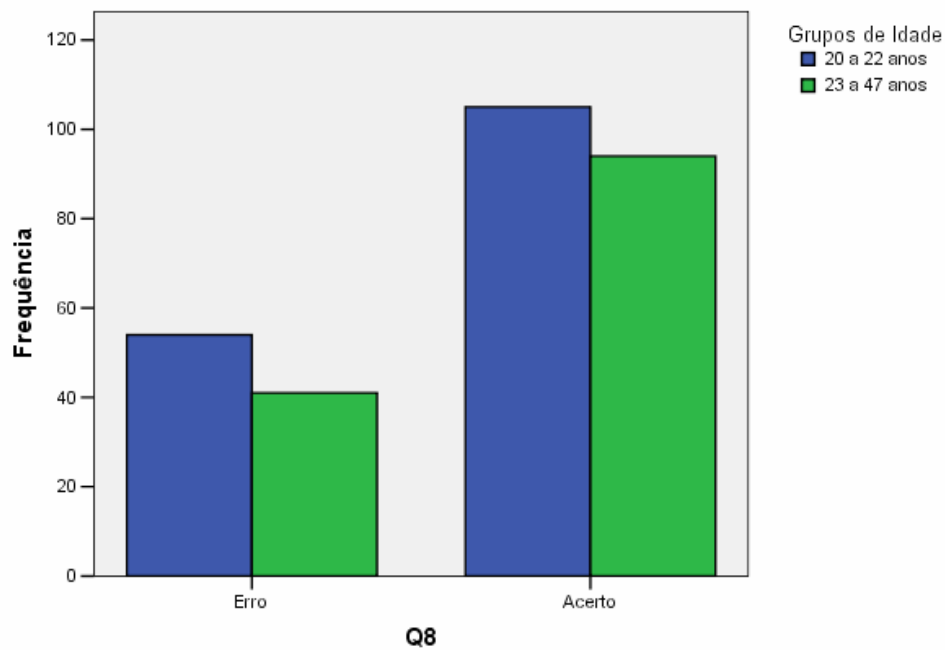
Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006.

GRÁFICO 55: DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA DE ERROS E ACERTOS DE Q7 SEGUNDO OS GRUPOS DE IDADE DOS ACADÊMICOS DO ÚLTIMO ANO DOS CURSOS DE ODONTOLOGIA DE CURITIBA EM 2006



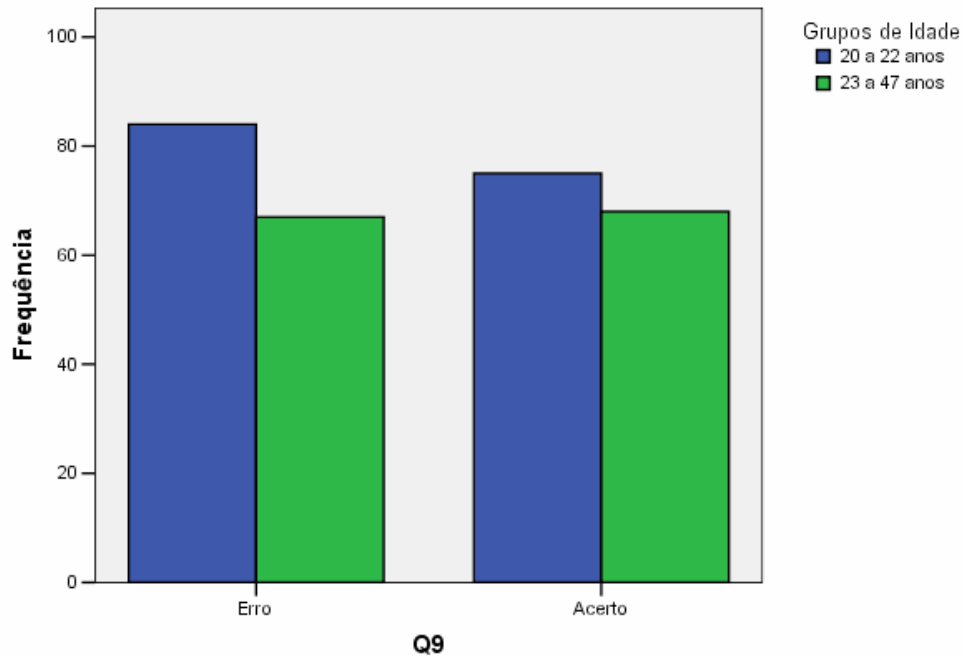
Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006.

GRÁFICO 56: DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA DE ERROS E ACERTOS DE Q8 SEGUNDO OS GRUPOS DE IDADE DOS ACADÊMICOS DO ÚLTIMO ANO DOS CURSOS DE ODONTOLOGIA DE CURITIBA EM 2006



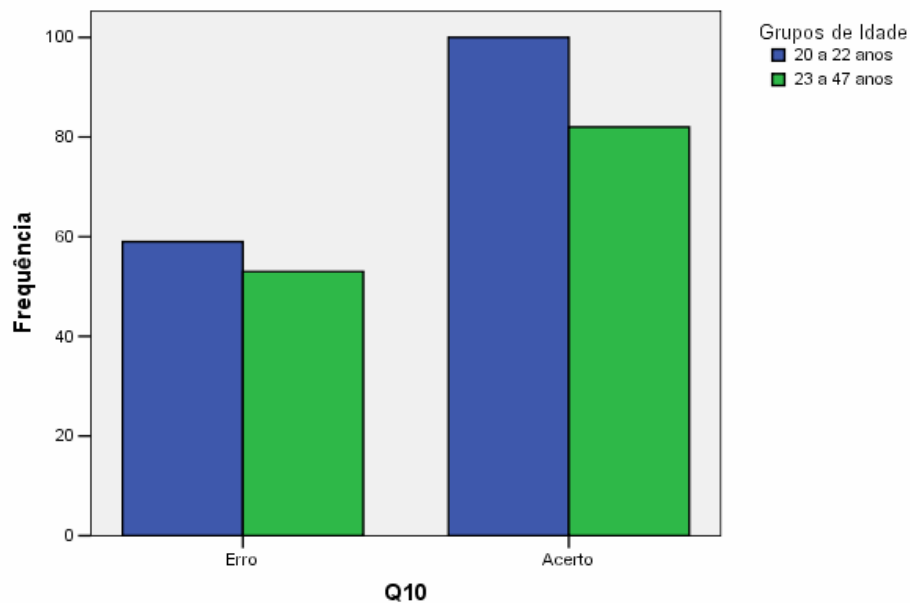
Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006.

GRÁFICO 57: DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA DE ERROS E ACERTOS DE Q9 SEGUNDO OS GRUPOS DE IDADE DOS ACADÊMICOS DO ÚLTIMO ANO DOS CURSOS DE ODONTOLOGIA DE CURITIBA EM 2006



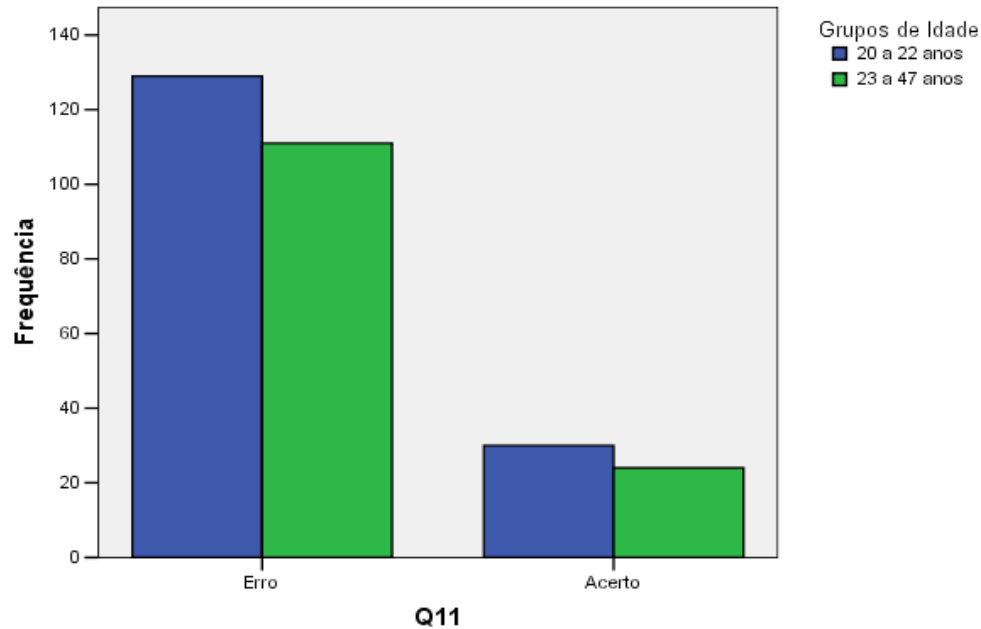
Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006.

GRÁFICO 58: DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA DE ERROS E ACERTOS DE Q10 SEGUNDO OS GRUPOS DE IDADE DOS ACADÊMICOS DO ÚLTIMO ANO DOS CURSOS DE ODONTOLOGIA DE CURITIBA EM 2006



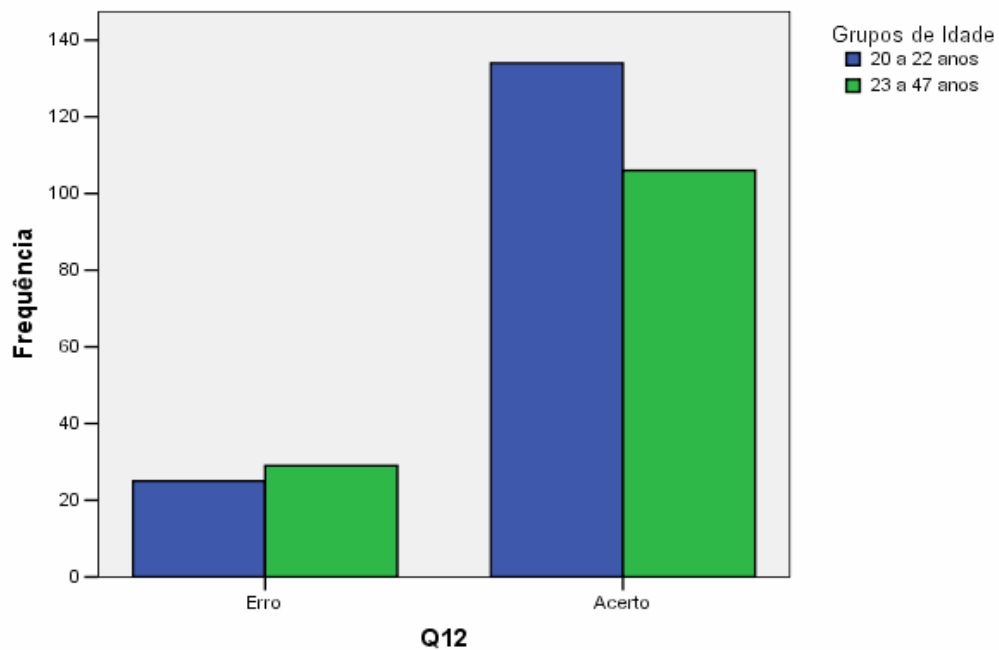
Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006.

GRÁFICO 59: DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA DE ERROS E ACERTOS DE Q11 SEGUNDO OS GRUPOS DE IDADE DOS ACADÊMICOS DO ÚLTIMO ANO DOS CURSOS DE ODONTOLOGIA DE CURITIBA EM 2006



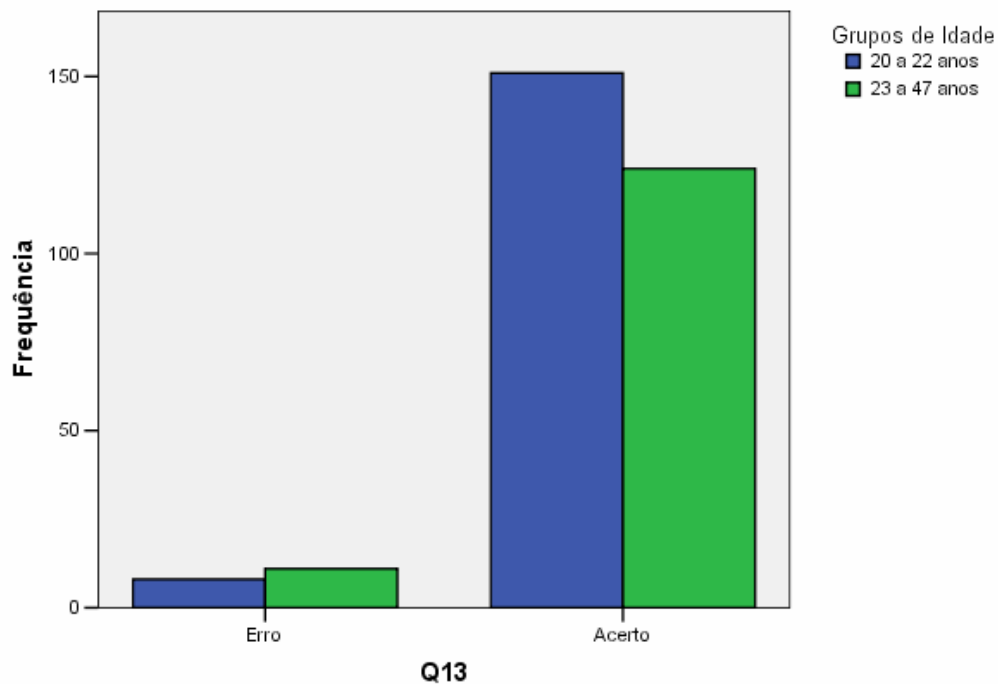
Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006.

GRÁFICO 60: DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA DE ERROS E ACERTOS DE Q12 SEGUNDO OS GRUPOS DE IDADE DOS ACADÊMICOS DO ÚLTIMO ANO DOS CURSOS DE ODONTOLOGIA DE CURITIBA EM 2006



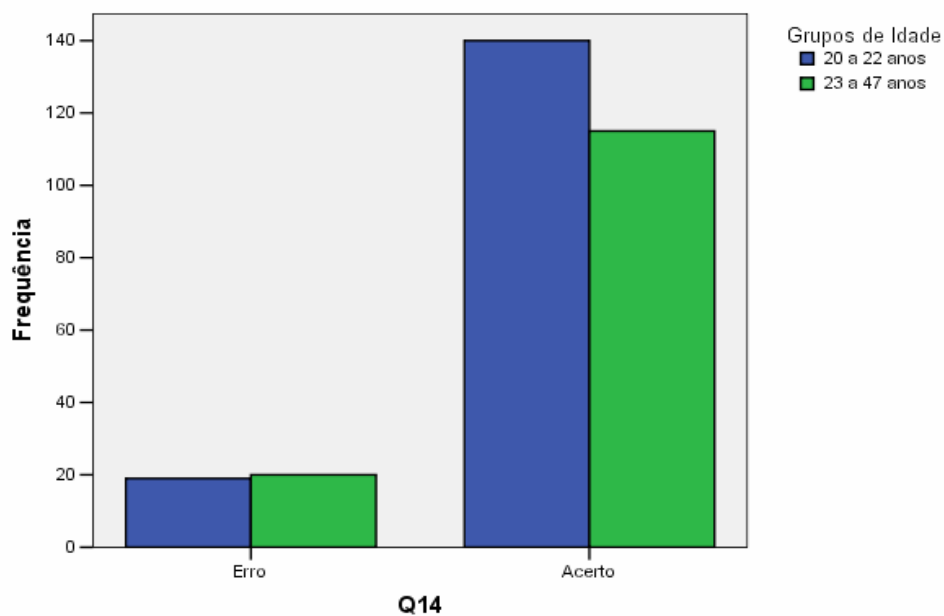
Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006.

GRÁFICO 61: DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA DE ERROS E ACERTOS DE Q13 SEGUNDO OS GRUPOS DE IDADE DOS ACADÊMICOS DO ÚLTIMO ANO DOS CURSOS DE ODONTOLOGIA DE CURITIBA EM 2006



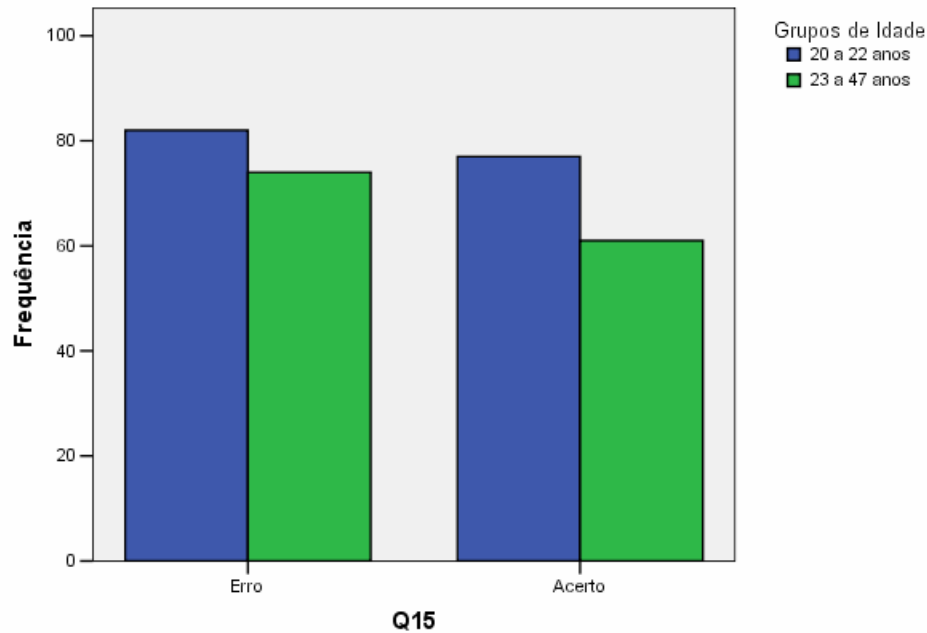
Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006.

GRÁFICO 62: DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA DE ERROS E ACERTOS DE Q14 SEGUNDO OS GRUPOS DE IDADE DOS ACADÊMICOS DO ÚLTIMO ANO DOS CURSOS DE ODONTOLOGIA DE CURITIBA EM 2006



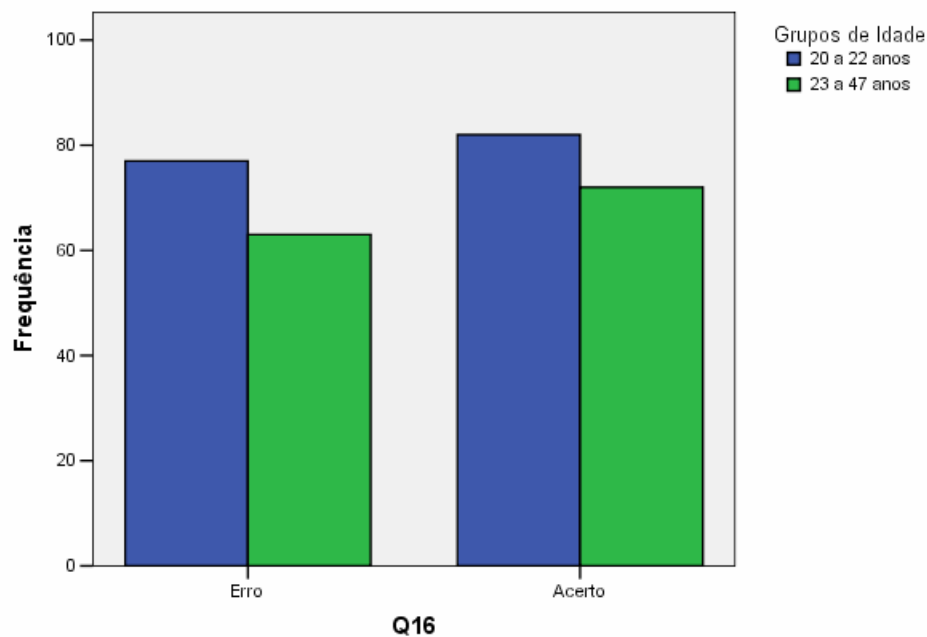
Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006.

GRÁFICO 63: DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA DE ERROS E ACERTOS DE Q15 SEGUNDO OS GRUPOS DE IDADE DOS ACADÊMICOS DO ÚLTIMO ANO DOS CURSOS DE ODONTOLOGIA DE CURITIBA EM 2006



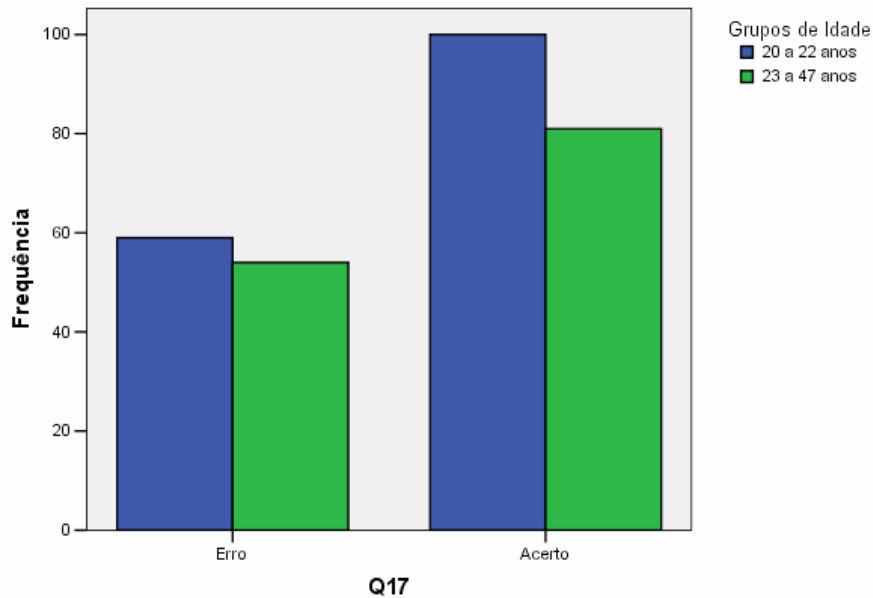
Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006.

GRÁFICO 64: DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA DE ERROS E ACERTOS DE Q16 SEGUNDO OS GRUPOS DE IDADE DOS ACADÊMICOS DO ÚLTIMO ANO DOS CURSOS DE ODONTOLOGIA DE CURITIBA EM 2006



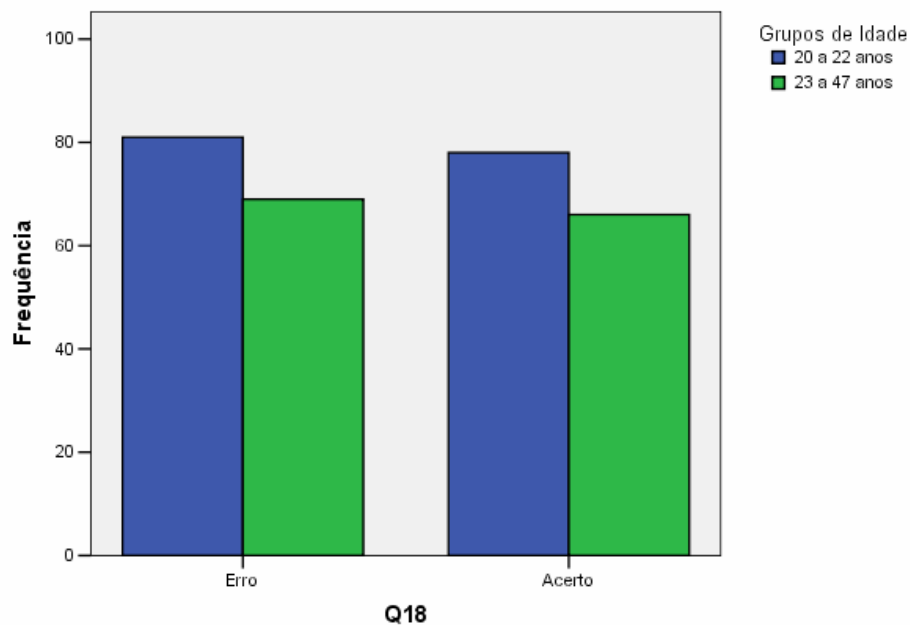
Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006.

GRÁFICO 65: DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA DE ERROS E ACERTOS DE Q17 SEGUNDO OS GRUPOS DE IDADE DOS ACADÊMICOS DO ÚLTIMO ANO DOS CURSOS DE ODONTOLOGIA DE CURITIBA EM 2006



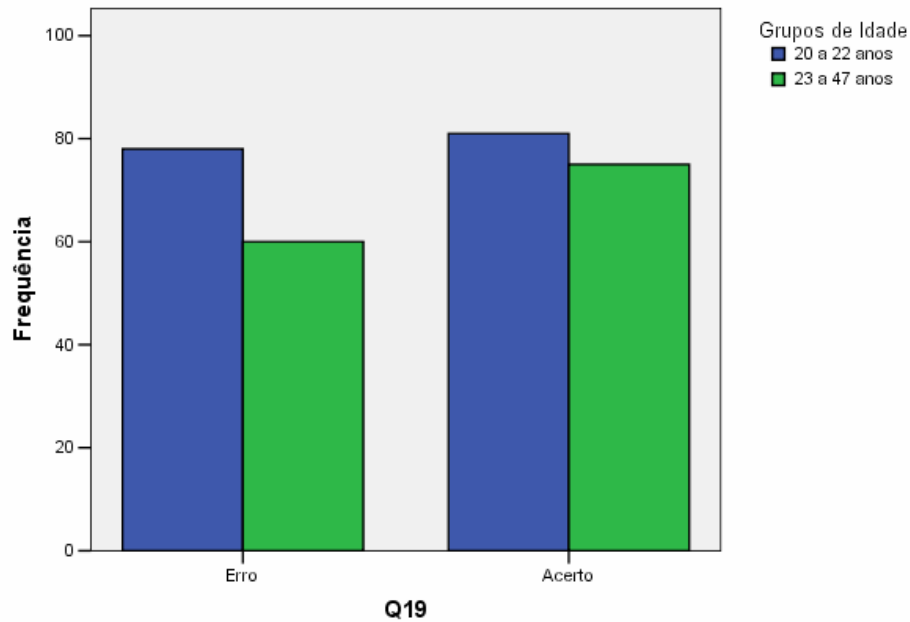
Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006.

GRÁFICO 66: DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA DE ERROS E ACERTOS DE Q18 SEGUNDO OS GRUPOS DE IDADE DOS ACADÊMICOS DO ÚLTIMO ANO DOS CURSOS DE ODONTOLOGIA DE CURITIBA EM 2006



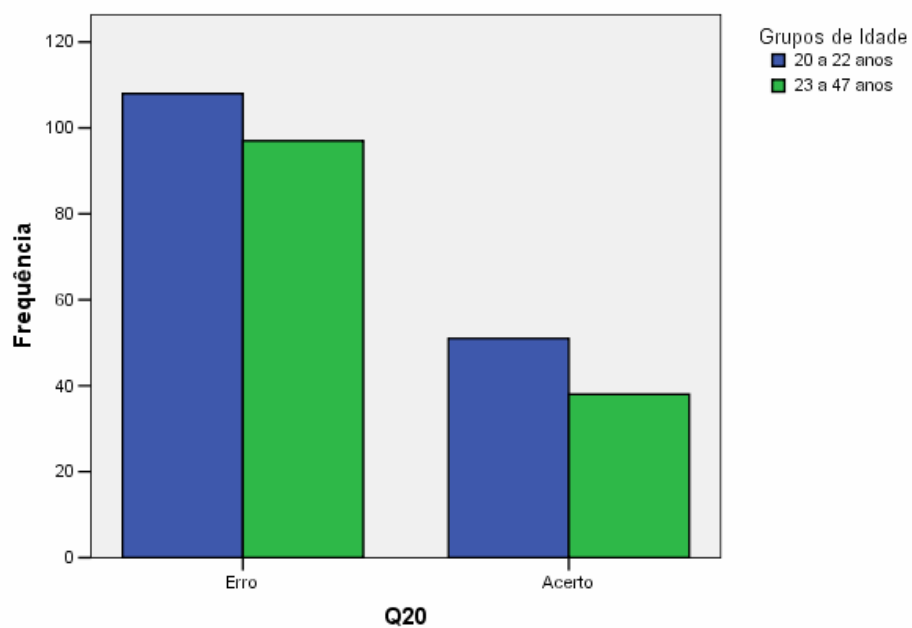
Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006.

GRÁFICO 67: DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA DE ERROS E ACERTOS DE Q19 SEGUNDO OS GRUPOS DE IDADE DOS ACADÊMICOS DO ÚLTIMO ANO DOS CURSOS DE ODONTOLOGIA DE CURITIBA EM 2006



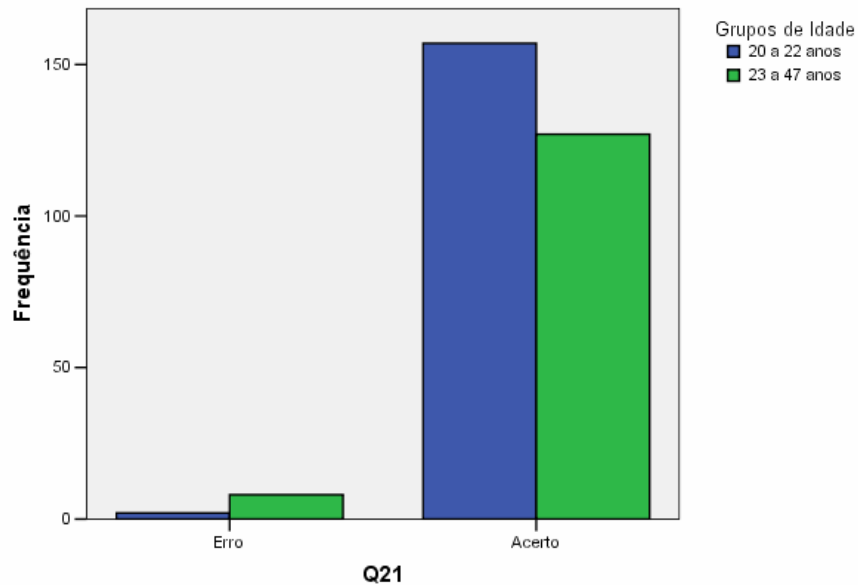
Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006.

GRÁFICO 68: DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA DE ERROS E ACERTOS DE Q20 SEGUNDO OS GRUPOS DE IDADE DOS ACADÊMICOS DO ÚLTIMO ANO DOS CURSOS DE ODONTOLOGIA DE CURITIBA EM 2006



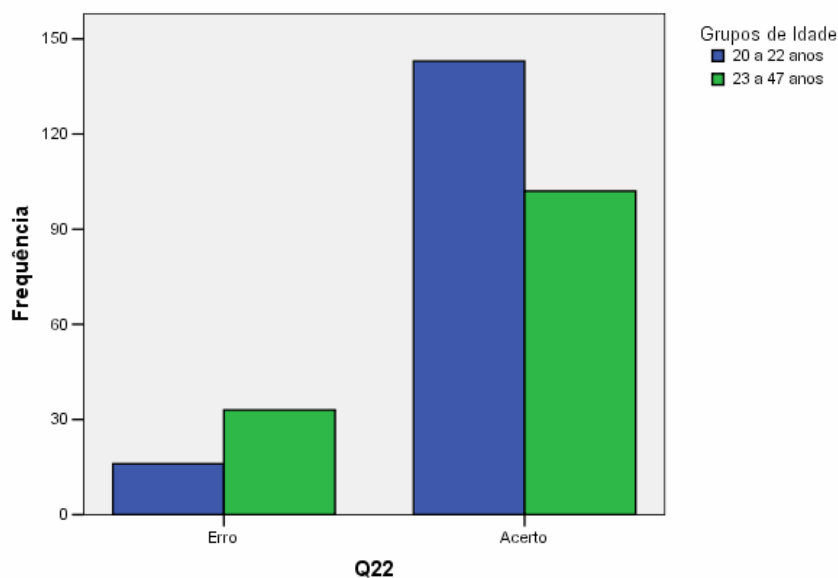
Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006.

GRÁFICO 69: DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA DE ERROS E ACERTOS DE Q21 SEGUNDO OS GRUPOS DE IDADE DOS ACADÊMICOS DO ÚLTIMO ANO DOS CURSOS DE ODONTOLOGIA DE CURITIBA EM 2006



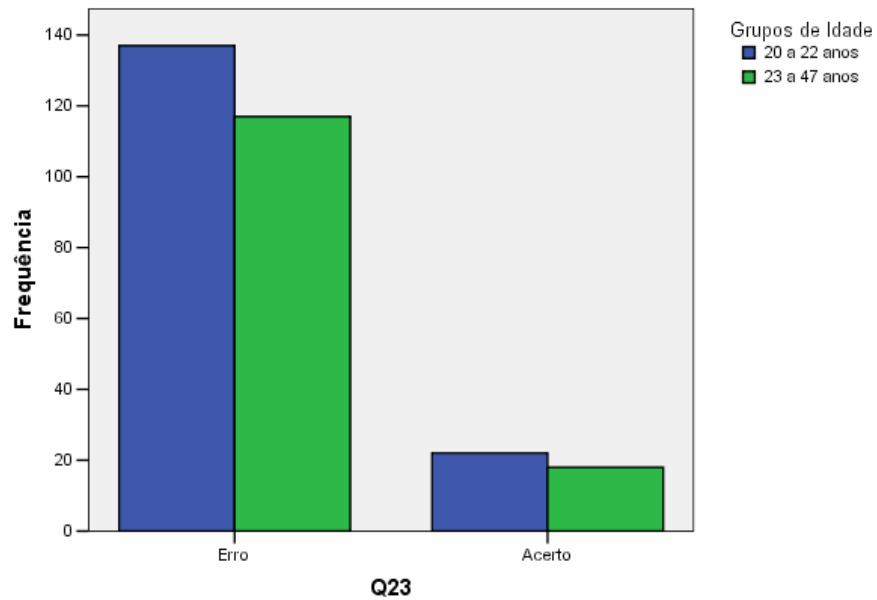
Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006.

GRÁFICO 70: DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA DE ERROS E ACERTOS DE Q22 SEGUNDO OS GRUPOS DE IDADE DOS ACADÊMICOS DO ÚLTIMO ANO DOS CURSOS DE ODONTOLOGIA DE CURITIBA EM 2006



Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006.

GRÁFICO 71: DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA DE ERROS E ACERTOS DE Q23 SEGUNDO OS GRUPOS DE IDADE DOS ACADÊMICOS DO ÚLTIMO ANO DOS CURSOS DE ODONTOLOGIA DE CURITIBA EM 2006



Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006.

APÊNDICE B - Tabelas da pesquisa:

TABELA 6- ACADÊMICOS DOS CURSOS DE ODONTOLOGIA DE CURITIBA MATRICULADOS NO ÚLTIMO ANO EM 2006 EM RELAÇÃO AO GÊNERO: MASCULINO (0) E FEMININO (1), SEGUNDO A DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA

GENERO	0		1		TOTAL	
IES	n	%	n	%	n	%
IES 1	31	31,00	69	69,00	100	34,01
IES 2	39	41,48	55	58,51	94	31,97
IES 3	11	23,91	35	76,08	46	15,65
IES 4	13	24,07	41	75,92	54	18,37
TOTAL	94	31,98	200	68,02	294	100,00

n = frequência absoluta; % = frequência relativa (%).

Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006.

TABELA 7- ERROS E ACERTOS DE Q1 SEGUNDO AS IES

IES	FREQUÊNCIA	ERRO	ACERTO	TOTAL
IES 1	n	10	90	100
	%	10,00	90,00	100
IES 2	n	2	92	94
	%	2,13	97,87	100
IES 3	n	2	44	46
	%	4,35	95,65	100
IES 4	n	1	53	54
	%	1,85	98,15	100
TOTAL	n	15	279	294
	%	5,10	94,90	100

n = frequência absoluta % = frequência relativa $X^2 p < 0,05$ ($p = 0,0480$).

Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006.

TABELA 8- ERROS E ACERTOS DE Q2 SEGUNDO AS IES

IES	FREQUÊNCIA	ERRO	ACERTO	TOTAL
IES 1	n	28	72	100
	%	28,00	72,00	100
IES 2	n	40	54	94
	%	42,55	57,45	100
IES 3	n	17	29	46
	%	36,96	63,04	100
IES 4	n	20	34	54
	%	37,04	62,96	100
TOTAL	n	105	189	294
	%	35,71	64,29	100

n = frequência absoluta % = frequência relativa $X^2 p > 0,05$ (p = 0,2054).
 Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006.

TABELA 9- ERROS E ACERTOS DE Q3 SEGUNDO AS IES

IES	FREQUÊNCIA	ERRO	ACERTO	TOTAL
IES 1	n	32	68	100
	%	32,00	68,00	100
IES 2	n	28	66	94
	%	29,79	70,21	100
IES 3	n	11	35	46
	%	23,91	76,09	100
IES 4	n	15	39	54
	%	27,78	72,22	100
TOTAL	n	86	208	294
	%	29,25	70,75	100

n = frequência absoluta % = frequência relativa $X^2 p > 0,05$ (p = 0,7848).
 Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006.

TABELA 10- ERROS E ACERTOS DE Q4 SEGUNDO AS IES

IES	FREQUÊNCIA	ERRO	ACERTO	TOTAL
IES 1	n	28	72	100
	%	28,00	72,00	100
IES 2	n	13	81	94
	%	13,83	86,17	100
IES 3	n	15	31	46
	%	32,61	67,39	100
IES 4	n	14	40	54
	%	25,93	74,07	100
TOTAL	n	70	224	294
	%	23,81	76,19	100

n = frequência absoluta % = frequência relativa $X^2 p < 0,05$ (p = 0,0416).
 Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006.

TABELA 11- ERROS E ACERTOS DE Q5 SEGUNDO AS IES

IES	FREQUÊNCIA	ERRO	ACERTO	TOTAL
IES 1	n	20	80	100
	%	20,00	80,00	100
IES 2	n	15	79	94
	%	15,96	84,04	100
IES 3	n	7	39	46
	%	15,22	84,78	100
IES 4	n	11	43	54
	%	20,37	79,63	100
TOTAL	n	53	241	294
	%	18,03	81,97	100

n = frequência absoluta % = frequência relativa $X^2 p > 0,05$ (p = 0,8055).
 Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006.

TABELA 12- ERROS E ACERTOS DE Q6 SEGUNDO AS IES

IES	FREQUÊNCIA	ERRO	ACERTO	TOTAL
IES 1	n	6	94	100
	%	6,00	94,00	100
IES 2	n	4	90	94
	%	4,26	95,74	100
IES 3	n	7	39	46
	%	15,22	84,78	100
IES 4	n	4	50	54
	%	7,41	92,59	100
TOTAL	n	21	273	294
	%	7,14	92,86	100

n = frequência absoluta % = frequência relativa $X^2 p > 0,05$ (p = 0,1163).
 Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006.

TABELA 13- ERROS E ACERTOS DE Q7 SEGUNDO AS IES

IES	FREQUÊNCIA	ERRO	ACERTO	TOTAL
IES 1	n	83	17	100
	%	83,00	17,00	100
IES 2	n	72	22	94
	%	76,60	23,40	100
IES 3	n	30	16	46
	%	65,22	34,78	100
IES 4	n	40	14	54
	%	74,07	25,93	100
TOTAL	n	225	69	294
	%	76,53	23,47	100

n = frequência absoluta % = frequência relativa $X^2 p > 0,05$ (p = 0,1223).
 Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006.

TABELA 14- ERROS E ACERTOS DE Q8 SEGUNDO AS IES

IES	FREQUÊNCIA	ERRO	ACERTO	TOTAL
IES 1	n	29	71	100
	%	29,00	71,00	100
IES 2	n	26	68	94
	%	27,66	72,34	100
IES 3	n	18	28	46
	%	39,13	60,87	100
IES 4	n	22	32	54
	%	40,74	59,26	100
TOTAL	n	95	199	294
	%	32,31	67,69	100

n = frequência absoluta % = frequência relativa $X^2 p > 0,05$ (p = 0,2443).

Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006.

TABELA 15- ERROS E ACERTOS DE Q9 SEGUNDO AS IES

IES	FREQUÊNCIA	ERRO	ACERTO	TOTAL
IES 1	n	45	55	100
	%	45,00	55,00	100
IES 2	n	50	44	94
	%	53,19	46,81	100
IES 3	n	25	21	46
	%	54,35	45,65	100
IES 4	n	31	23	54
	%	57,41	42,59	100
TOTAL	n	151	143	294
	%	51,36	48,64	100

n = frequência absoluta % = frequência relativa $X^2 p > 0,05$ (p = 0,4402).

Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006.

TABELA 16- ERROS E ACERTOS DE Q10 SEGUNDO AS IES

IES	FREQUÊNCIA	ERRO	ACERTO	TOTAL
IES 1	n	31	69	100
	%	31,00	69,00	100
IES 2	n	42	52	94
	%	44,68	55,32	100
IES 3	n	19	27	46
	%	41,30	58,70	100
IES 4	n	20	34	54
	%	37,04	62,96	100
TOTAL	n	112	182	294
	%	38,10	61,90	100

n = frequência absoluta % = frequência relativa $X^2 p > 0,05$ (p = 0,2519).

Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006.

TABELA 17- ERROS E ACERTOS DE Q11 SEGUNDO AS IES

IES	FREQUÊNCIA	ERRO	ACERTO	TOTAL
IES 1	n	82	18	100
	%	82,00	18,00	100
IES 2	n	72	22	94
	%	76,60	23,40	100
IES 3	n	41	5	46
	%	89,13	10,87	100
IES 4	n	45	9	54
	%	83,33	16,67	100
TOTAL	n	240	54	294
	%	81,63	18,37	100

n = frequência absoluta % = frequência relativa $X^2 p > 0,05$ (p = 0,3302).
 Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006.

TABELA 18- ERROS E ACERTOS DE Q12 SEGUNDO AS IES

IES	FREQUÊNCIA	ERRO	ACERTO	TOTAL
IES 1	n	22	78	100
	%	22,00	78,00	100
IES 2	n	18	76	94
	%	19,15	80,85	100
IES 3	n	2	44	46
	%	4,35	95,65	100
IES 4	n	12	42	54
	%	22,22	77,78	100
TOTAL	n	54	240	294
	%	18,37	81,63	100

n = frequência absoluta % = frequência relativa $X^2 p > 0,05$ (p = 0,0580).
 Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006.

TABELA 19- ERROS E ACERTOS DE Q13 SEGUNDO AS IES

IES	FREQUÊNCIA	ERRO	ACERTO	TOTAL
IES 1	n	8	92	100
	%	8,00	92,00	100
IES 2	n	3	91	94
	%	3,19	96,81	100
IES 3	n	2	44	46
	%	4,35	95,65	100
IES 4	n	6	48	54
	%	11,11	88,89	100
TOTAL	n	19	275	294
	%	6,46	93,54	100

n = frequência absoluta % = frequência relativa $X^2 p > 0,05$ (p = 0,2284).
 Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006.

TABELA 20- ERROS E ACERTOS DE Q14 SEGUNDO AS IES

IES	FREQUÊNCIA	ERRO	ACERTO	TOTAL
IES 1	n	13	87	100
	%	13,00	87,00	100
IES 2	n	7	87	94
	%	7,45	92,55	100
IES 3	n	6	40	46
	%	13,04	86,96	100
IES 4	n	13	41	54
	%	24,07	75,93	100
TOTAL	n	39	255	294
	%	13,27	86,73	100

n = frequência absoluta % = frequência relativa $X^2 p < 0,05$ (p = 0,0410).
 Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006.

TABELA 21- ERROS E ACERTOS DE Q15 SEGUNDO AS IES

IES	FREQUÊNCIA	ERRO	ACERTO	TOTAL
IES 1	n	60	40	100
	%	60,00	40,00	100
IES 2	n	47	47	94
	%	50,00	50,00	100
IES 3	n	29	17	46
	%	63,04	36,96	100
IES 4	n	20	34	54
	%	37,04	62,96	100
TOTAL	n	156	138	294
	%	53,06	46,94	100

n = frequência absoluta % = frequência relativa $X^2 p < 0,05$ (p = 0,0214).
 Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006.

TABELA 22- ERROS E ACERTOS DE Q16 SEGUNDO AS IES

IES	FREQUÊNCIA	ERRO	ACERTO	TOTAL
IES 1	n	49	51	100
	%	49,00	51,00	100
IES 2	n	40	54	94
	%	42,55	57,45	100
IES 3	n	25	21	46
	%	54,35	45,65	100
IES 4	n	26	28	54
	%	48,15	51,85	100
TOTAL	n	140	154	294
	%	47,62	52,38	100

n = frequência absoluta % = frequência relativa $X^2 p > 0,05$ (p = 0,5967).
 Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006.

TABELA 23- ERROS E ACERTOS DE Q17 SEGUNDO AS IES

IES	FREQUÊNCIA	ERRO	ACERTO	TOTAL
IES 1	n	41	59	100
	%	41,00	59,00	100
IES 2	n	35	59	94
	%	37,23	62,77	100
IES 3	n	16	30	46
	%	34,78	65,22	100
IES 4	n	21	33	54
	%	38,89	61,11	100
TOTAL	n	113	181	294
	%	38,44	61,56	100

n = frequência absoluta % = frequência relativa $X^2 p > 0,05$ (p = 0,8966).
 Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006.

TABELA 24- ERROS E ACERTOS DE Q18 SEGUNDO AS IES

IES	FREQUÊNCIA	ERRO	ACERTO	TOTAL
IES 1	n	46	54	100
	%	46,00	54,00	100
IES 2	n	53	41	94
	%	56,38	43,62	100
IES 3	n	22	24	46
	%	47,83	52,17	100
IES 4	n	29	25	54
	%	53,70	46,30	100
TOTAL	n	150	144	294
	%	51,02	48,98	100

n = frequência absoluta % = frequência relativa $X^2 p > 0,05$ (p = 0,4874).
 Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006.

TABELA 25- ERROS E ACERTOS DE Q19 SEGUNDO AS IES

IES	FREQUÊNCIA	ERRO	ACERTO	TOTAL
IES 1	n	51	49	100
	%	51,00	49,00	100
IES 2	n	46	48	94
	%	48,94	51,06	100
IES 3	n	19	27	46
	%	41,30	58,70	100
IES 4	n	22	32	54
	%	40,74	59,26	100
TOTAL	n	138	156	294
	%	46,94	53,06	100

n = frequência absoluta % = frequência relativa $X^2 p > 0,05$ (p = 0,5257).
 Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006.

TABELA 26- ERROS E ACERTOS DE Q20 SEGUNDO AS IES

IES	FREQUÊNCIA	ERRO	ACERTO	TOTAL
IES 1	n	60	40	100
	%	60,00	40,00	100
IES 2	n	79	15	94
	%	84,04	15,96	100
IES 3	n	28	18	46
	%	60,87	39,13	100
IES 4	n	38	16	54
	%	70,37	29,63	100
TOTAL	n	205	89	294
	%	69,73	30,27	100

n = frequência absoluta % = frequência relativa $X^2 p < 0,05$ (p = 0,0016).
 Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006.

TABELA 27- ERROS E ACERTOS DE Q21 SEGUNDO AS IES

IES	FREQUÊNCIA	ERRO	ACERTO	TOTAL
IES 1	n	5	95	100
	%	5,00	95,00	100
IES 2	n	1	93	94
	%	1,06	98,94	100
IES 3	n	0	46	46
	%	0,00	100,00	100
IES 4	n	4	50	54
	%	7,41	92,59	100
TOTAL	n	10	284	294
	%	3,40	96,60	100

n = frequência absoluta % = frequência relativa $X^2 p > 0,05$ (p = 0,0859).
 Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006.

TABELA 28- ERROS E ACERTOS DE Q22 SEGUNDO AS IES

IES	FREQUÊNCIA	ERRO	ACERTO	TOTAL
IES 1	n	11	89	100
	%	11,00	89,00	100
IES 2	n	14	80	94
	%	14,89	85,11	100
IES 3	n	10	36	46
	%	21,74	78,26	100
IES 4	n	14	40	54
	%	25,93	74,07	100
TOTAL	n	49	245	294
	%	16,67	83,33	100

n = frequência absoluta % = frequência relativa $X^2 p > 0,05$ (p = 0,0817).
 Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006.

TABELA 29- ERROS E ACERTOS DE Q23 SEGUNDO AS IES

IES	FREQUÊNCIA	ERRO	ACERTO	TOTAL
IES 1	n	84	16	100
	%	84,00	16,00	100,00
IES 2	n	81	13	94
	%	86,17	13,83	100,00
IES 3	n	43	3	46
	%	93,48	6,52	100,00
IES 4	n	46	8	54
	%	85,19	14,81	100,00
TOTAL	n	254	40	294
	%	86,39	13,61	100,00

n = frequência absoluta % = frequência relativa $X^2 p > 0,05$ ($p = 0,4712$).
 Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006.

TABELA 30- ERROS E ACERTOS DE Q1 SEGUNDO OS GÊNEROS

Q1	FREQUÊNCIA	0	1	TOTAL
ERRO	n	4	11	15
	%	26,67	73,33	100,00
ACERTO	n	90	189	279
	%	32,26	67,74	100,00
TOTAL	n	94	200	294
	%	31,97	68,03	100,00

n = frequência absoluta % = frequência relativa
 Teste Exato de Fisher, $p > 0,05$ ($p = 0,7814$).
 Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006.

TABELA 31- ERROS E ACERTOS DE Q2 SEGUNDO OS GÊNEROS

Q2	FREQUÊNCIA	0	1	TOTAL
ERRO	n	33	72	105
	%	31,43	68,57	100,00
ACERTO	n	61	128	189
	%	32,28	67,72	100,00
TOTAL	n	94	200	294
	%	31,97	68,03	100,00

n = frequência absoluta % = frequência relativa
 Teste Exato de Fisher, $p > 0,05$ ($p = 0,8970$).
 Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006.

TABELA 32- ERROS E ACERTOS DE Q3 SEGUNDO OS GÊNEROS

Q3	FREQUÊNCIA	0	1	TOTAL
ERRO	n	26	60	86
	%	30,23	69,77	100,00
ACERTO	n	68	140	208
	%	32,69	67,31	100,00
TOTAL	n	94	200	294
	%	31,97	68,03	100,00

n = frequência absoluta % = frequência relativa

Teste Exato de Fisher, $p > 0,05$ ($p = 0,7836$).

Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006.

TABELA 33- ERROS E ACERTOS DE Q4 SEGUNDO OS GÊNEROS

Q4	FREQUÊNCIA	0	1	TOTAL
ERRO	n	24	46	70
	%	34,2	65,71	100,00
ACERTO	n	70	154	224
	%	31,2	68,75	100,00
TOTAL	n	94	200	294
	%	31,9	68,03	100,00

n = frequência absoluta % = frequência relativa

Teste Exato de Fisher, $p > 0,05$ ($p = 0,6610$).

Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006.

TABELA 34- ERROS E ACERTOS DE Q5 SEGUNDO OS GÊNEROS

Q5	FREQUÊNCIA	0	1	TOTAL
ERRO	n	13	40	53
	%	24,53	75,47	100,00
ACERTO	n	81	160	241
	%	33,61	66,39	100,00
TOTAL	n	94	200	294
	%	31,97	68,03	100,00

n = frequência absoluta % = frequência relativa

Teste Exato de Fisher, $p > 0,05$ ($p = 0,2548$).

Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006.

TABELA 35- ERROS E ACERTOS DE Q6 SEGUNDO OS GÊNEROS

Q6	FREQUÊNCIA	0	1	TOTAL
ERRO	n	8	13	21
	%	38,10	61,90	100,00
ACERTO	n	86	187	273
	%	31,50	68,50	100,00
TOTAL	n	94	200	294
	%	31,97	68,03	100,00

n = frequência absoluta % = frequência relativa

Teste Exato de Fisher, $p > 0,05$ ($p = 0,6278$).

Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006.

TABELA 36- ERROS E ACERTOS DE Q7 SEGUNDO OS GÊNEROS

Q7	FREQUÊNCIA	0	1	TOTAL
ERRO	n	72	153	Total
	%	32,00	68,00	100,00
ACERTO	n	22	47	69
	%	31,88	68,12	100,00
TOTAL	n	94	200	294
	%	31,97	68,03	100,00

n = frequência absoluta % = frequência relativa

Teste Exato de Fisher, $p > 0,05$ ($p = 1,0000$).

Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006.

TABELA 37- ERROS E ACERTOS DE Q8 SEGUNDO OS GÊNEROS

Q8	FREQUÊNCIA	0	1	TOTAL
ERRO	n	25	70	95
	%	26,32	73,68	100,00
ACERTO	n	69	130	199
	%	34,67	65,33	100,00
TOTAL	n	94	200	294
	%	31,97	68,03	100,00

n = frequência absoluta % = frequência relativa

Teste Exato de Fisher, $p > 0,05$ ($p = 0,1813$).

Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006.

TABELA 38- ERROS E ACERTOS DE Q9 SEGUNDO OS GÊNEROS

Q9	FREQUÊNCIA	0	1	TOTAL
ERRO	n	49	102	151
	%	32,45	67,55	100,00
ACERTO	n	45	98	143
	%	31,47	68,53	100,00
TOTAL	n	94	200	294
	%	31,97	68,03	100,00

n = frequência absoluta % = frequência relativa

Teste Exato de Fisher, $p > 0,05$ ($p = 0,9007$).

Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006.

TABELA 39- ERROS E ACERTOS DE Q10 SEGUNDO OS GÊNEROS

Q10	FREQUÊNCIA	0	1	TOTAL
ERRO	n	35	77	112
	%	31,25	68,75	100,00
ACERTO	n	59	123	182
	%	32,42	67,58	100,00
TOTAL	n	94	200	294
	%	31,97	68,03	100,00

n = frequência absoluta % = frequência relativa

Teste Exato de Fisher, $p > 0,05$ ($p = 0,8978$).

Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006.

TABELA 40- ERROS E ACERTOS DE Q11 SEGUNDO OS GÊNEROS

Q11	FREQUÊNCIA	0	1	TOTAL
ERRO	n	72	168	240
	%	30,00	70,00	100,00
ACERTO	n	22	32	54
	%	40,74	59,26	100,00
TOTAL	n	94	200	294
	%	31,97	68,03	100,00

n = frequência absoluta % = frequência relativa

Teste Exato de Fisher, $p > 0,05$ ($p = 0,1465$).

Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006.

TABELA 41- ERROS E ACERTOS DE Q12 SEGUNDO OS GÊNEROS

Q12	FREQUÊNCIA	0	1	TOTAL
ERRO	n	19	35	54
	%	35,19	64,81	100,00
ACERTO	n	75	165	240
	%	31,25	68,75	100,00
TOTAL	n	94	200	294
	%	31,97	68,03	100,00

n = frequência absoluta % = frequência relativa

Teste Exato de Fisher, $p > 0,05$ ($p = 0,6287$).

Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006.

TABELA 42- ERROS E ACERTOS DE Q13 SEGUNDO OS GÊNEROS

Q13	FREQUÊNCIA	0	1	TOTAL
ERRO	n	5	14	19
	%	26,32	73,68	100,00
ACERTO	n	89	186	275
	%	32,36	67,64	100,00
TOTAL	n	94	200	294
	%	31,97	68,03	100,00

n = frequência absoluta % = frequência relativa

Teste Exato de Fisher, $p > 0,05$ ($p = 0,7998$).

Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006.

TABELA 43- ERROS E ACERTOS DE Q14 SEGUNDO OS GÊNEROS

Q14	FREQUÊNCIA	0	1	TOTAL
ERRO	n	13	26	39
	%	33,33	66,67	100,00
ACERTO	n	81	174	255
	%	31,76	68,24	100,00
TOTAL	n	94	200	294
	%	31,97	68,03	100,00

n = frequência absoluta % = frequência relativa

Teste Exato de Fisher, $p > 0,05$ ($p = 0,8550$).

Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006.

TABELA 44- ERROS E ACERTOS DE Q15 SEGUNDO OS GÊNEROS

Q15	FREQUÊNCIA	0	1	TOTAL
ERRO	n	47	109	156
	%	30,13	69,87	100,00
ACERTO	n	47	91	138
	%	34,06	65,94	100,00
TOTAL	n	94	200	294
	%	31,97	68,03	100,00

n = frequência absoluta % = frequência relativa

Teste Exato de Fisher, $p > 0,05$ ($p = 0,5313$).

Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006.

TABELA 45- ERROS E ACERTOS DE Q16 SEGUNDO OS GÊNEROS

Q16	FREQUÊNCIA	0	1	TOTAL
ERRO	n	39	101	140
	%	27,86	72,14	100,00
ACERTO	n	55	99	154
	%	35,71	64,29	100,00
TOTAL	n	94	200	294
	%	31,97	68,03	100,00

n = frequência absoluta % = frequência relativa

Teste Exato de Fisher, $p > 0,05$ ($p = 0,1691$).

Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006.

TABELA 46- ERROS E ACERTOS DE Q17 SEGUNDO OS GÊNEROS

Q17	FREQUÊNCIA	0	1	TOTAL
ERRO	n	33	80	113
	%	29,20	70,80	100,00
ACERTO	n	61	120	181
	%	33,70	66,30	100,00
TOTAL	n	94	200	294
	%	31,97	68,03	100,00

n = frequência absoluta % = frequência relativa

Teste Exato de Fisher, $p > 0,05$ ($p = 0,4431$).

Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006.

TABELA 47- ERROS E ACERTOS DE Q18 SEGUNDO OS GÊNEROS

Q18	FREQUÊNCIA	0	1	TOTAL
ERRO	n	40	110	150
	%	26,67	73,33	100,00
ACERTO	n	54	90	144
	%	37,50	62,50	100,00
TOTAL	n	94	200	294
	%	31,97	68,03	100,00

n = frequência absoluta % = frequência relativa

Teste Exato de Fisher, $p > 0,05$ ($p = 0,0603$).

Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006.

TABELA 48- ERROS E ACERTOS DE Q19 SEGUNDO OS GÊNEROS

Q19	FREQUÊNCIA	0	1	TOTAL
ERRO	n	45	93	138
	%	32,61	67,39	100,00
ACERTO	n	49	107	156
	%	31,41	68,59	100,00
TOTAL	n	94	200	294
	%	31,97	68,03	100,00

n = frequência absoluta % = frequência relativa

Teste Exato de Fisher, $p > 0,05$ ($p = 0,9004$).

Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006.

TABELA 49- ERROS E ACERTOS DE Q20 SEGUNDO OS GÊNEROS

Q20	FREQUÊNCIA	0	1	TOTAL
ERRO	n	75	130	205
	%	36,59	63,41	100,00
ACERTO	n	19	70	89
	%	21,35	78,65	100,00
TOTAL	n	94	200	294
	%	31,97	68,03	100,00

n = frequência absoluta % = frequência relativa

Teste Exato de Fisher, $p < 0,05$ ($p = 0,0100$).

Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006.

TABELA 50- ERROS E ACERTOS DE Q21 SEGUNDO OS GÊNEROS

Q21	FREQUÊNCIA	0	1	TOTAL
ERRO	n	2	8	10
	%	20,00	80,00	100,00
ACERTO	n	92	192	284
	%	32,39	67,61	100,00
TOTAL	n	94	200	294
	%	31,97	68,03	100,00

n = frequência absoluta % = frequência relativa

Teste Exato de Fisher, $p > 0,05$ ($p = 0,5106$).

Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006.

TABELA 51- ERROS E ACERTOS DE Q22 SEGUNDO OS GÊNEROS

Q22	FREQUÊNCIA	0	1	TOTAL
ERRO	n	18	31	49
	%	36,73	63,27	100,00
ACERTO	n	76	169	245
	%	31,02	68,98	100,00
TOTAL	n	94	200	294
	%	31,97	68,03	100,00

n = frequência absoluta % = frequência relativa

Teste Exato de Fisher, $p > 0,05$ ($p = 0,5023$).

Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006.

TABELA 52- ERROS E ACERTOS DE Q23 SEGUNDO OS GÊNEROS

Q23	FREQUÊNCIA	0	1	TOTAL
ERRO	n	80	174	254
	%	31,50	68,50	100,00
ACERTO	n	14	26	40
	%	35,00	65,00	100,00
TOTAL	n	94	200	294
	%	31,97	68,03	100,00

n = frequência absoluta % = frequência relativa

Teste Exato de Fisher, $p > 0,05$ ($p = 0,7160$).

Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006.

TABELA 53- ERROS E ACERTOS DE Q1 SEGUNDO OS GÊNEROS

Q1	FREQUÊNCIA	G 1	G 2	TOTAL
ERRO	n	9	6	15
	%	60,00	40,00	100,00
ACERTO	n	150	129	279
	%	53,76	46,24	100,00
TOTAL	n	159	135	294
	%	54,08	45,92	100,00

n = frequência absoluta % = frequência relativa

Teste Exato de Fisher, $p > 0,05$ ($p = 0,7919$).

Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006.

TABELA 54- ERROS E ACERTOS DE Q2 SEGUNDO OS GRUPOS DE IDADE G1 E G2

Q2	FREQUÊNCIA	G 1	G 2	TOTAL
ERRO	n	60	45	105
	%	57,14	42,86	100,00
ACERTO	n	99	90	189
	%	52,38	47,62	100,00
TOTAL	n	159	135	294
	%	54,08	45,92	100,00

n = frequência absoluta % = frequência relativa

Teste exato de Fisher, $p > 0,05$ ($p = 0,4650$).

Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006.

TABELA 55- ERROS E ACERTOS DE Q3 SEGUNDO OS GRUPOS DE IDADE G1 E G2

Q3	FREQUÊNCIA	G 1	G 2	TOTAL
ERRO	n	43	43	86
	%	50,00	50,00	100,00
ACERTO	n	116	92	208
	%	55,77	44,23	100,00
TOTAL	n	159	135	294
	%	54,08	45,92	100,00

n = frequência absoluta % = frequência relativa

Teste exato de Fisher, $p > 0,05$ ($p = 0,3715$).

Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006.

TABELA 56- ERROS E ACERTOS DE Q4 SEGUNDO OS GRUPOS DE IDADE G1 E G2

Q4	FREQUÊNCIA	G 1	G 2	TOTAL
ERRO	n	40	30	70
	%	57,14	42,86	100,00
ACERTO	n	119	105	224
	%	53,13	46,88	100,00
TOTAL	n	159	135	294
	%	54,08	45,92	100,00

n = frequência absoluta % = frequência relativa

Teste exato de Fisher, $p > 0,05$ ($p = 0,5848$).

Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006.

TABELA 57- ERROS E ACERTOS DE Q5 SEGUNDO OS GRUPOS DE IDADE G1 E G2

Q5	FREQUÊNCIA	G 1	G 2	TOTAL
ERRO	n	27	26	53
	%	50,94	49,06	100,00
ACERTO	n	132	109	241
	%	54,77	45,23	100,00
TOTAL	n	159	135	294
	%	54,08	45,92	100,00

n = frequência absoluta % = frequência relativa

Teste exato de Fisher, $p > 0,05$ ($p = 0,6497$).

Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006.

TABELA 58- ERROS E ACERTOS DE Q6 SEGUNDO OS GRUPOS DE IDADE G1 E G2

Q6	FREQUÊNCIA	G 1	G 2	TOTAL
ERRO	n	13	8	21
	%	61,90	38,10	100,00
ACERTO	n	146	127	273
	%	53,48	46,52	100,00
TOTAL	n	159	135	294
	%	54,08	45,92	100,00

n = frequência absoluta % = frequência relativa

Teste exato de Fisher, $p > 0,05$ ($p = 0,5028$).

Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006.

TABELA 59- ERROS E ACERTOS DE Q7 SEGUNDO OS GRUPOS DE IDADE G1 E G2

Q7	FREQUÊNCIA	G 1	G 2	TOTAL
ERRO	n	121	104	225
	%	53,78	46,22	100,00
ACERTO	n	38	31	69
	%	55,07	44,93	100,00
TOTAL	n	159	135	294
	%	54,08	45,92	100,00

n = frequência absoluta % = frequência relativa

Teste exato de Fisher, $p > 0,05$ ($p = 0,8907$).

Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006.

TABELA 60- ERROS E ACERTOS DE Q8 SEGUNDO OS GRUPOS DE IDADE G1 E G2

Q8	FREQUÊNCIA	G 1	G 2	TOTAL
ERRO	n	54	41	95
	%	56,84	43,16	100,00
ACERTO	n	105	94	199
	%	52,76	47,24	100,00
TOTAL	n	159	135	294
	%	54,08	45,92	100,00

n = frequência absoluta % = frequência relativa

Teste exato de Fisher, $p > 0,05$ ($p = 0,5336$).

Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006.

TABELA 61- ERROS E ACERTOS DE Q9 SEGUNDO OS GRUPOS DE IDADE G1 E G2

Q9	FREQUÊNCIA	G 1	G 2	TOTAL
ERRO	n	84	67	151
	%	55,63	44,37	100,00
ACERTO	n	75	68	143
	%	52,45	47,55	100,00
TOTAL	n	159	135	294
	%	54,08	45,92	100,00

n = frequência absoluta % = frequência relativa

Teste exato de Fisher, $p > 0,05$ ($p = 0,6399$).

Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006.

TABELA 62- ERROS E ACERTOS DE Q10 SEGUNDO OS GRUPOS DE IDADE G1 E G2

Q10	FREQUÊNCIA	G 1	G 2	TOTAL
ERRO	n	59	53	112
	%	52,68	47,32	100,00
ACERTO	n	100	82	182
	%	54,95	45,05	100,00
TOTAL	n	159	135	294
	%	54,08	45,92	100,00

n = frequência absoluta % = frequência relativa

Teste exato de Fisher, $p > 0,05$ ($p = 0,7192$).

Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006.

TABELA 63- ERROS E ACERTOS DE Q11 SEGUNDO OS GRUPOS DE IDADE G1 E G2

Q11	FREQUÊNCIA	G 1	G 2	TOTAL
ERRO	n	129	111	240
	%	53,75	46,25	100,00
ACERTO	n	30	24	54
	%	55,56	44,44	100,00
TOTAL	n	159	135	294
	%	54,08	45,92	100,00

n = frequência absoluta % = frequência relativa

Teste exato de Fisher, $p > 0,05$ ($p = 0,8803$).

Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006.

TABELA 64- ERROS E ACERTOS DE Q12 SEGUNDO OS GRUPOS DE IDADE G1 E G2

Q12	FREQUÊNCIA	G 1	G 2	TOTAL
ERRO	n	25	29	54
	%	46,30	53,70	100,00
ACERTO	n	134	106	240
	%	55,83	44,17	100,00
TOTAL	n	159	135	294
	%	54,08	45,92	100,00

n = frequência absoluta % = frequência relativa

Teste exato de Fisher, $p > 0,05$ ($p = 0,2281$).

Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006.

TABELA 65- ERROS E ACERTOS DE Q13 SEGUNDO OS GRUPOS DE IDADE G1 E G2

Q13	FREQUÊNCIA	G 1	G 2	TOTAL
ERRO	n	8	11	19
	%	42,11	57,89	100,00
ACERTO	n	151	124	275
	%	54,91	45,09	100,00
TOTAL	n	159	135	294
	%	54,08	45,92	100,00

n = frequência absoluta % = frequência relativa

Teste Exato de Fisher, $p > 0,05$ ($p = 0,3435$).

Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006.

TABELA 66- ERROS E ACERTOS DE Q14 SEGUNDO OS GRUPOS DE IDADE G1 E G2

Q14	FREQUÊNCIA	G 1	G 2	TOTAL
ERRO	n	19	20	39
	%	48,72	51,28	100,00
ACERTO	n	140	115	255
	%	54,90	45,10	100,00
TOTAL	n	159	135	294
	%	54,08	45,92	100,00

n = frequência absoluta % = frequência relativa

Teste Exato de Fisher, $p > 0,05$ ($p = 0,4943$).

Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006.

TABELA 67- ERROS E ACERTOS DE Q15 SEGUNDO OS GRUPOS DE IDADE G1 E G2

Q15	FREQUÊNCIA	G 1	G 2	TOTAL
ERRO	n	82	74	156
	%	52,56	47,44	100,00
ACERTO	n	77	61	138
	%	55,80	44,20	100,00
TOTAL	n	159	135	294
	%	54,08	45,92	100,00

n = frequência absoluta % = frequência relativa

Teste Exato de Fisher, $p > 0,05$ ($p = 0,6393$).

Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006.

TABELA 68- ERROS E ACERTOS DE Q16 SEGUNDO OS GRUPOS DE IDADE G1 E G2

Q16	FREQUÊNCIA	G 1	G 2	TOTAL
ERRO	n	77	63	140
	%	55,00	45,00	100,00
ACERTO	n	82	72	279
	%	53,25	46,75	100,00
TOTAL	n	159	135	294
	%	54,08	45,92	100,00

n = frequência absoluta % = frequência relativa

Teste Exato de Fisher, $p > 0,05$ ($p = 0,8150$).

Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006.

TABELA 69- ERROS E ACERTOS DE Q17 SEGUNDO OS GRUPOS DE IDADE G1 E G2

Q17	FREQUÊNCIA	G 1	G 2	TOTAL
ERRO	n	59	54	113
	%	52,21	47,79	100,00
ACERTO	n	100	81	181
	%	55,25	44,75	100,00
TOTAL	n	159	135	294
	%	54,08	45,92	100,00

n = frequência absoluta % = frequência relativa

Teste Exato de Fisher, $p > 0,05$ ($p = 0,6319$).

Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006.

TABELA 70- ERROS E ACERTOS DE Q18 SEGUNDO OS GRUPOS DE IDADE G1 E G2

Q18	FREQUÊNCIA	G 1	G 2	TOTAL
ERRO	n	81	69	150
	%	54,00	46,00	100,00
ACERTO	n	78	66	144
	%	54,17	45,83	100,00
TOTAL	n	159	135	294
	%	54,08	45,92	100,00

n = frequência absoluta % = frequência relativa

Teste Exato de Fisher, $p > 0,05$ ($p = 1,0000$).

Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006.

TABELA 71- ERROS E ACERTOS DE Q19 SEGUNDO OS GRUPOS DE IDADE G1 E G2

Q1	FREQUÊNCIA	G 1	G 2	TOTAL
ERRO	n	78	60	138
	%	56,52	43,48	100,00
ACERTO	n	81	75	279
	%	51,92	48,08	100,00
TOTAL	n	159	135	294
	%	54,08	45,92	100,00

n = frequência absoluta % = frequência relativa

Teste Exato de Fisher, $p > 0,05$ ($p = 0,4820$).

Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006.

TABELA 72- ERROS E ACERTOS DE Q20 SEGUNDO OS GRUPOS DE IDADE G1 E G2

Q20	FREQUÊNCIA	G 1	G 2	TOTAL
ERRO	n	108	97	205
	%	52,68	47,32	100,00
ACERTO	n	51	38	89
	%	57,30	42,70	100,00
TOTAL	n	159	135	294
	%	54,08	45,92	100,00

n = frequência absoluta % = frequência relativa

Teste Exato de Fisher, $p > 0,05$ ($p = 0,5247$).

Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006.

TABELA 73- ERROS E ACERTOS DE Q21 SEGUNDO OS GRUPOS DE IDADE G1 E G2

Q21	FREQUÊNCIA	G 1	G 2	TOTAL
ERRO	n	2	8	10
	%	20,00	80,00	100,00
ACERTO	n	157	127	284
	%	55,28	44,72	100,00
TOTAL	n	159	135	294
	%	54,08	45,92	100,00

n = frequência absoluta % = frequência relativa

Teste Exato de Fisher, $p < 0,05$ ($p = 0,0479$).

Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006.

TABELA 74- ERROS E ACERTOS DE Q22 SEGUNDO OS GRUPOS DE IDADE G1 E G2

Q22	FREQUÊNCIA	G 1	G 2	TOTAL
ERRO	n	16	33	49
	%	32,65	67,35	100,00
ACERTO	n	143	102	245
	%	58,37	41,63	100,00
TOTAL	n	159	135	294
	%	54,08	45,92	100,00

n = frequência absoluta % = frequência relativa

Teste Exato de Fisher, $p > 0,05$ ($p = 0,0015$).

Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006.

TABELA 75- ERROS E ACERTOS DE Q23 SEGUNDO OS GRUPOS DE IDADE G1 E G2

Q23	FREQUÊNCIA	G 1	G 2	TOTAL
ERRO	n	137	117	254
	%	53,9	46,06	100,00
ACERTO	n	22	18	40
	%	55,0	45,00	100,00
TOTAL	n	159	135	294
	%	54,0	45,92	100,00

n = frequência absoluta % = frequência relativa

Teste Exato de Fisher, $p > 0,05$ ($p = 1,0000$).

Fonte: KOCH FILHO, PUC-PR, 2006.

ANEXOS

ANEXO A - Carta de aceite do comitê de ética em pesquisa (CEP) da PUC-PR



Pontifícia Universidade Católica do Paraná
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação

Curitiba, 23 de março de 2006
Of. 059/06/CEP-PUCPR

Ref. "Avaliação do conhecimento de acadêmicos do Odontologia de Curitiba sobre envelhecimento".

Prezado (a) Pesquisador (es),

Venho por meio deste informar a Vossa Senhoria que o Comitê de Ética em Pesquisa da PUCPR, no dia 22 de março do corrente ano aprovou o Projeto Intitulado "Avaliação do conhecimento de acadêmicos do Odontologia de Curitiba sobre envelhecimento", pertencente ao Grupo III, sob o registro no CEP nº 848, e será encaminhado a CONEP para o devido cadastro. Lembro ao senhor (a) pesquisador (a) que é obrigatório encaminhar relatório anual parcial e relatório final a este CEP.

Atenciosamente,


Profª M. Sc Ana Cristina Miguez Ribeiro
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa - PUCPR

Ilmo Sr.
Herbert Rubens Koch Filho

C. Odo.

ANEXO B - Declaração da autorização para pesquisa da UFPR



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ

MESTRADO ACADÊMICO EM ODONTOLOGIA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Curitiba, 04 de Março de 2006

Ao

Diretor do curso de Odontologia do Setor de Ciências da Saúde da Universidade
Federal do Paraná (UFPR)

Prezado Senhor (a),

Venho através desta solicitar autorização para pesquisa de campo, com objetivo de Avaliação do conhecimento de acadêmicos de Odontologia de Curitiba sobre envelhecimento. A pesquisa será realizada através de um questionário enviado aos acadêmicos do Curso de Odontologia do último ano desta instituição.

Agradecemos antecipadamente,

Herbert Rubens Koch Filho ¹Prof.Dr. Júlio César Bisinelli ²

1-Mestrando de Odontologia- área de concentração em Saúde Coletiva

2- Professor Doutor Orientador.

*Boa noite de pós-graduação em Saúde Coletiva.
Em razão do tempo em minha mesa nossa autorização neste
documento e agradecemos a oportunidade de participar
nos do referido trabalho científico, consciente da
necessidade da interação de instituições "sérias" de
ensino em Odontologia!*



*Prof. Dr. Jayme Bordini
Júnior
Coordenador do Curso de
Odontologia*

ANEXO C - Declaração da autorização para pesquisa da TUIUTI



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ

MESTRADO ACADÊMICO EM ODONTOLOGIA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Curitiba, 04 de Março de 2006

Ao

Diretor do curso de Odontologia da Universidade Tuiuti do Paraná (U.T.P)

Prezado Senhor (a),

Venho através desta solicitar autorização para pesquisa de campo, com objetivo de Avaliação do conhecimento de acadêmicos de Odontologia de Curitiba sobre envelhecimento. A pesquisa será realizada através de um questionário enviado aos acadêmicos do Curso de Odontologia do último ano desta instituição.

Agradecemos antecipadamente,

Herbert Rubens Koch Filho ¹Prof.Dr. Júlio César Bisinelli ²

1-Mestrando de Odontologia- área de concentração em Saúde Coletiva

2- Professor Doutor Orientador .

- 1) Ciente, recebido.
2) Autorizo a realização da pesquisa por parte do professor.

3) em 21/03/2006

Universidade Tuiuti do Paraná

Natanael H. Ribeiro Mattos
Prof.º Natanael H. Ribeiro Mattos
COORDENADOR DO CURSO DE ODONTOLOGIA

ANEXO D - Declaração da autorização para pesquisa do UNICENP



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ

MESTRADO ACADÊMICO EM ODONTOLOGIA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Curitiba, 04 de Março de 2006

Ao

Diretor do curso de Odontologia do Centro Universitário Positivo (UNICENP).

Prezado Senhor (a),

Venho através desta solicitar autorização para pesquisa de campo, com objetivo de Avaliação do conhecimento de acadêmicos de Odontologia de Curitiba sobre envelhecimento. A pesquisa será realizada através de um questionário enviado aos acadêmicos do Curso de Odontologia do último ano desta instituição.

Agradecemos antecipadamente,

Herbert Rubens Koch Filho ¹

Prof.Dr. Júlio César Bisinelli ²

1-Mestrando de Odontologia- área de concentração em Saúde Coletiva

2- Professor Doutor Orientador .

*Outrigado
cta, 15/03/2004
[assinatura]*

ANEXO E - Termo de consentimento livre e esclarecido

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

As informações contidas neste documento foram fornecidas pelo aluno do mestrado acadêmico em Odontologia, área de concentração em Saúde Coletiva, Herbert Rubens Koch Filho, sob orientação da Prof. Dr. Julio César Bisinelli, objetivando firmar acordo por escrito, mediante a sua autorização como participante da pesquisa, com o conhecimento da natureza desta assim como a capacidade livre de decidir se deseja participar.

1. Título preliminar do trabalho experimental

Avaliação do conhecimento de acadêmicos de Odontologia de Curitiba sobre envelhecimento.

2. Objetivo principal

A pesquisa tem como objetivo fazer um levantamento sobre o conhecimento que o acadêmico de Odontologia do último ano tem sobre o tema Envelhecimento, através da aplicação do Questionário modificado de Palmore, desenvolvido em 1977.

3. Justificativa

As projeções populacionais para as próximas décadas mostram, claramente, o aumento vertiginoso de idosos perante as demais faixas etárias em países desenvolvidos, em desenvolvimento e na maioria dos subdesenvolvidos. Devido às projeções populacionais evidenciarem o crescente número de idosos, o futuro profissional cirurgião-dentista, poderá encontrar em sua vida profissional, pacientes que irão necessitar de ações e decisões voltadas para a promoção de saúde específica para a terceira idade, que exigirá necessidade de estudo detalhado sobre a velhice e suas alterações normais e patológicas.

4. Procedimentos

Será aplicado o questionário de Palmore modificado, contendo vinte e três (23) questões de resposta verdadeiro (V) ou falso (F).

5. Desconfortos e/ ou riscos esperados

Não está previsto nenhum risco ou desconforto aos participantes desta pesquisa.

6. Benefícios do experimento

No momento em que você for examinado receberá informações de como preencher o Questionário. O benefício está em agrupar dados que venham a determinar o conhecimento de

acadêmicos de Odontologia, que estejam freqüentando o último ano de curso, sobre o tema envelhecimento.

7. Informações

Você receberá respostas ou esclarecimentos de assuntos relacionados à pesquisa, bastando para tanto, entrar em contato pelo telefone (041) 9961-1288..

8. Retirada do consentimento

Você voluntário tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento, deixando de participar do estudo, sem que haja nenhum tipo de sanção(reprimenda).

9. Dados de identificação:

Sexo: Masculino () Feminino ().

Idade: _____ anos.

Estou matriculado no último ano/período do curso de Odontologia da
(nome da Instituição de Ensino Superior):

_____.

10. Consentimento pós-informado

Eu, _____ certifico que, tendo lido as informações acima e sido suficientemente esclarecido de todos os itens pelo aluno de mestrado em Odontologia/ Saúde Coletiva, Herbert Rubens Koch Filho e/ou pelo Prof. Dr. Julio César Bisinelli, estou plenamente de acordo com a realização da pesquisa. Assim, autorizo e garanto a minha participação conforme exposto acima, desde que as informações advindas das minhas respostas no Questionário sejam divulgadas em meio científico e se meu anonimato for preservado.

Curitiba, _____ de _____ de 2005.

Nome do (a) participante _____ RG _____.

Assinatura do (a) participante _____.

Assinatura dos pesquisadores _____ e _____.

C.D. Herbert Rubens Koch Filho. C.D. Msc. Phd. Julio César Bisinelli.

ANEXO F - Facts on Aging Quiz – FAQ. (Palmore, 1977)

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

Fonte: Palmore (1977).